

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

A DEPENDÊNCIA QUÍMICA E SEUS CUIDADOS:
antropologia de políticas públicas e de experiências de indivíduos em
situação terapêutica na cidade de Porto Alegre, RS.

JARDEL FISCHER LOECK

Orientadora: Prof. Dra. Ondina Fachel Leal

Porto Alegre, Outubro de 2014.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL

A DEPENDÊNCIA QUÍMICA E SEUS CUIDADOS:
antropologia de políticas públicas e de experiências de indivíduos em
situação terapêutica na cidade de Porto Alegre, RS.

JARDEL FISCHER LOECK

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do grau de doutor.

Orientadora: Profa. Dra. Ondina Fachel Leal

Porto Alegre, Outubro de 2014.

A DEPENDÊNCIA QUÍMICA E SEUS CUIDADOS:
antropologia de políticas públicas e de experiências de indivíduos em
situação terapêutica na cidade de Porto Alegre, RS.

Jardel Fischer Loeck

Tese de Doutorado em Antropologia Social

Banca Examinadora

Prof. Dr. Octavio Andres Ramon Bonet – PPGSA/UFRJ

Profa. Dra. Zulmira Newlands Borges – PPGCS/UFSM

Prof. Dr. Carlos Alberto Steil – PPGAS/UFRGS

Profa. Dra. Juliana Lopes de Macedo – PPGAS/UFRGS

Prof. Dra. Ondina Fachel Leal (Orientadora) – PPGAS/UFRGS

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar não posso deixar de agradecer a todos os interlocutores desta pesquisa. Mantive contato com muitas pessoas nos mais diversos ambientes no decorrer dessa longa trajetória de pesquisa. Este trabalho não seria viável sem a participação atenciosa e solícita de muitas pessoas nos grupos de Narcóticos Anônimos, na Cruz Vermelha Brasileira – Filial RS, no Hospital Psiquiátrico São Pedro e no Programa de Auxílio Comunitário ao Toxicômano. A todos aqueles com quem conversei ou mantive contato nesses lugares, muito obrigado. Nesses contextos, um agradecimento especial para todos aqueles que me concederam as entrevistas. Não citarei nomes pelo acordo de confidencialidade que estabelecemos. Mas esta tese não existiria, nem faria o menor sentido, sem a participação de vocês.

Agradeço imensamente à minha orientadora, Profa. Dra. Ondina Fachel Leal, pela orientação dedicada e paciente, por acreditar nessa proposta de trabalho que foi se construindo com alguns percalços e várias mudanças e pelo apoio e incentivo irrestritos nos momentos difíceis que eu pensava que não conseguiria ultrapassar. Também pela relação de amizade construída ao longo de vários anos e por ter me ensinado que a antropologia pode ser uma ferramenta importante de atuação política no mundo.

Também agradeço muito ao Prof. Dr. Mattijs van de Port pelo acolhimento na cidade de Amsterdam e pela co-orientação durante o período que passei na *Vrije Universiteit Amsterdam*. A sua contribuição foi essencial para o desenvolvimento desta tese. Suas leituras atentas e sugestões criativas me abriram um novo mundo de possibilidades para pensar o universo de pesquisa no qual eu estava inserido. Não posso deixar de agradecer também a todos os professores e funcionários da *Vrije Universiteit Amsterdam* pelo excelente ambiente de trabalho propiciado, principalmente à Profa. Dra. Marjo de Theije pela recepção e também ao Prof. Dr. Ton Salman pela hospitalidade.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social por todos esses anos de formação acadêmica de excelência, principalmente aos professores que fizeram parte da minha trajetória na instituição desde o curso de mestrado: Ari Pedro Oro, Bernardo Lewgoy, Carlos Alberto Steil, Ceres Gomes Víctora, Claudia Fonseca,

Cornelia Eckert, Daniela Knauth, Denise Fagundes Jardim Fabíola Rohden, e Ruben George Oliven. A Roseméri Nunes Feijó pela atenção e paciência em sempre esclarecer todas as dúvidas e prestar a ajuda necessária.

Também a Roberta Amorim Silva, minha esposa e companheira, que sempre esteve ao meu lado nos momentos bons e nos ruins, sempre me apoiando e incentivando. Jamais teria conseguido sem o teu apoio e o teu amor. Obrigado.

A meus pais, Paula e Carlos, e meus avós, Ernestina e Edegar (*in memoriam*), por todo o apoio, o incentivo, pelo exemplo de vida e, principalmente, pelos conselhos preciosos nos momentos mais difíceis.

Aos amigos Wesley, Carlos, Odilon, e à minha irmã Jaqueline, pelas longas (e provavelmente cansativas) conversas sobre este trabalho em momentos que deveríamos estar nos divertindo.

Ainda aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da UFRGS por todas as trocas e conversas, tanto nos momentos de trabalho quanto nos de lazer: Felipe Comunello, Stella Pieve, José Rodrigo Saldanha, Janaína Lobo, Anelise Guterres, Monalisa Siqueira, Ana Paula Soares, Patrick Laingneau, Pedro Paulo Soares, Juan Scuro, Flávio Gobbi, Luísa Dantas, Bethânia Zanatta, Jéssica Greganich, Vítor Richter, Ulisses Duarte.

Agradeço também a todos os pesquisadores do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos (NEIP), pela inspiração, pelo incentivo, e pelo rico ambiente de trocas que vem sendo proporcionado há vários anos, contribuindo na busca por abordagens políticas e sociais mais democráticas sobre o uso de substâncias psicoativas.

Por último, mas não menos importante, ao CNPq e à CAPES pelo apoio financeiro que permitiu a realização desta pesquisa.

RESUMO

A presente pesquisa tem o objetivo de compreender as políticas públicas de atenção aos usuários de substâncias psicoativas na prática. Para tanto, foi realizado trabalho de campo etnográfico em eventos científicos e de formação para profissionais da área da saúde e assistência social, em quatro diferentes espaços terapêuticos voltados para a abstinência – dois ambulatorios, uma comunidade terapêutica e grupos de Narcóticos Anônimos –, e também realizadas entrevistas em profundidade sobre trajetórias de vida de indivíduos em situação terapêutica. A análise dos dados coletados revelou que apesar de as políticas públicas no Brasil serem pautadas pela redução de danos, na prática ainda se observa um privilégio – de investimentos públicos e de atenção política – às abordagens terapêuticas baseadas em abstinência. As terapêuticas baseadas em abstinência tendem a deslegitimar os indivíduos usuários de psicoativos ilícitos enquanto sujeitos capazes de se expressar ontológica e politicamente. Estes devem se adequar aos procedimentos terapêuticos que, através de instrumentos práticos e conceituais, tornam esses indivíduos em outra coisa, em *alteridades patológicas*. O sistema de atenção nesse recorte empírico tende a ser exclusivista, ao *acolher iguais* – apenas os *doentes* – e *não contemplar a diferença* – deve-se virar um *doente* para ser incluído. Desta forma, a antropologia praticada nesta pesquisa atua como uma ferramenta política capaz de dar voz àqueles indivíduos que não podem expressar outra coisa além de patologia e sintomas. Buscou-se a *expressão ontológica* desses indivíduos. Todos esses dados levaram à conclusão de que a dependência química deve ser pensada como um processo, e não como uma entidade ou essência. Além disso, foi possível de se perceber que a *rede de atenção* na prática é muito mais heterogênea e menos sistêmica do que as políticas públicas sugerem.

Palavras-chave: dependência química, políticas públicas, cuidado em saúde, trajetórias de vida.

ABSTRACT

The main objective of this research is to comprehend how health-related public policy directed to people who use psychoactive substances in Brazil work in practice. With this purpose, field research was held in scientific, public policy, and professional training meetings for social assistance and health-related staff; in four different therapeutic settings focused on abstinence – two ambulatories, one therapeutic community, and Narcotics Anonymous groups; and it was also collected life stories' interviews with patients being treated on those therapeutic settings. The data analysis revealed that despite the fact that public policy in Brazil is oriented to harm reduction, in practice most of the governmental budget and political attention is directed to therapeutic approaches based on abstinence. These approaches tend to delegitimize illicit psychoactive substance users as capable of political and ontological expression. They should conform themselves to the therapeutical procedures that, through its concepts and practices, turn them into other thing – *pathological otherness*. The healthcare system within this empirical setting tend to be exclusivist in the sense that it *welcomes equals* – just the ones that are *sick* – and is not open to *contemplate the difference* – one must become a *sick person* to be welcomed. This way, the anthropological epistemology here acts as a political tool capable of empower those individuals that cannot express anything but symptoms and pathology. The anthropological approach was helpful in order to reach the *ontological expression* of people participating in therapeutic settings based on abstinence. The collected data guided us to the conclusion that addiction should be addressed as a process instead of being addressed as an entity or an essence. Besides that, it was also possible to understand that the *healthcare network* is, in practice, much more heterodox and less systemic that public policy suggests.

Keywords: addiction, public policy, health care, life stories.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
1. O PROBLEMA ANTROPOLÓGICO DE PESQUISA: COMO PESQUISAR ALGO QUE ESTÁ EM MUITOS OU EM NENHUM LUGAR?.....	15
Nota sobre os procedimentos ético-metodológicos	23
2. OS USOS DE PSICOATIVOS E SEUS CONTROLES: ENTRE O CRIME E A DOENÇA.....	29
2.1 Do controle legal.....	29
2.2 Do controle biomédico.....	36
2.3 Sobre o “uso normal” de substâncias psicoativas	48
3. AS POLÍTICAS PÚBLICAS E O UNIVERSO TERAPÊUTICO NO BRASIL: ENTRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS INSTITUIÇÕES COMPLEMENTARES.....	56
3.1 A Política Nacional sobre Drogas.....	59
3.2 A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas	68
3.3 Quando o controle legal e o biomédico se entrecruzam	79
4. A CONSTRUÇÃO DA “EPIDEMIA DE CONSUMO DE CRACK” E AS IMPLICAÇÕES PARA A REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE.....	84
4.1 “Crack, nem pensar” e a “animalização” do usuário de psicoativos	87
4.2 A “casificação” do usuário: sobre um curso de aperfeiçoamento para profissionais da saúde e assistência social.....	106

5. O RELATO ETNOGRÁFICO SOBRE ESPAÇOS DE TRATAMENTO PARA A DEPENDÊNCIA QUÍMICA BASEADOS EM ABSTINÊNCIA	120
5.1 Grupo de Narcóticos Anônimos	127
5.2 Ambulatório da Cruz Vermelha Brasileira – Rio Grande do Sul	137
5.3 Programa de Auxílio Comunitário ao Toxicômano (PACTO).....	145
5.4 Ambulatório do Hospital Psiquiátrico São Pedro	158
6. QUAL ANTROPOLOGIA? SOBRE A ESCOLHA DO DIÁLOGO COM ACTOR-NETWORK-THEORY E O FOCO NAS TRAJETÓRIAS DE VIDA DE PACIENTES.....	166
7. AS TRAJETÓRIAS DE VIDA DE INDIVÍDUOS EM SITUAÇÃO TERAPÊUTICA: A DEPENDÊNCIA QUÍMICA E O CUIDADO ENQUANTO PROCESSO	191
7.1 Leandro	192
7.2 Bernardo.....	200
7.3 Caetano	211
7.4 Armando	226
7.5 Ítalo	241
CONSIDERAÇÕES FINAIS	256
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	265
ANEXOS	282
Anexo A.....	283
Anexo B	285

INTRODUÇÃO

A presente tese trata de uma experiência de pesquisa antropológica nos meandros da rede de atenção em saúde para dependentes químicos na cidade de Porto Alegre, RS. O foco da pesquisa de campo foi difuso, abordando desde as políticas públicas sobre o assunto, passando por abordagens midiáticas e de formação técnica para profissionais da saúde e assistência social, por um período de trabalho de campo etnográfico em quatro diferentes espaços terapêuticos e, por fim, chegando às entrevistas em profundidade com pacientes desses espaços terapêuticos.

Ao invés de se pensar nas práticas de cuidado a dependentes químicos unicamente no âmbito das interações sincrônicas entre pacientes e práticas terapêuticas, chama-se atenção para a multiplicidade de situações nas quais a dependência química e os dependentes químicos são acionados social e politicamente, tais como nos discursos midiáticos, nos eventos científicos, nas políticas públicas.

Ao final do trabalho o foco são as trajetórias de vida de pacientes desses espaços terapêuticos, introduzindo elementos espaço-temporais à noção de cuidado. Pensa-se tanto na dependência química como um processo muitas vezes colocado em prática através de múltiplos contatos institucionais que se desenrolam no tempo e no espaço, quanto na heterogeneidade dos atores sociais que, em contato com esses indivíduos, tornam a dependência química e seus cuidados um fenômeno concreto. Mais do que abordar os contatos terapêuticos em termos de eficácia ou sucesso, pensa-se aqui em seus *desdobramentos práticos*.

Parte-se do pressuposto de que as intervenções terapêuticas para dependência química – principalmente de substâncias psicoativas ilícitas¹ – baseadas na abstinência, não apresentam necessariamente desdobramentos previsíveis. Através de um diálogo com Latour (2005), a partir das noções de *mediador* e *intermediário*, procura-se identificar os atores sociais que se associam para colocar em prática a dependência

¹ Deixo claro desde já que no âmbito deste trabalho não será usado o termo “drogas”, mas “substâncias psicoativas” para identificar o conjunto de substâncias capazes de produzir ou mediar estados alterados de consciência. Essa escolha se deu pelo fato de que o termo “drogas” carrega uma conotação negativa e tende a se referir apenas às substâncias ilícitas.

química e seus cuidados em determinadas trajetórias de vida e, ao mesmo tempo, quais as implicações desses contatos.

Um dos objetivos do presente trabalho é demonstrar que a *rede de atenção e cuidado*, ao invés de ser visualizada de maneira abstrata, teórica – como nas formulações das políticas públicas, que preveem um circuito lógico a ser percorrido pelos pacientes/clientes –, pode ser compreendida como resultado de deslocamentos e vivências específicas e concretas. Esse exercício permite multiplicar a noção de *rede de atenção e cuidado* – a partir da heterogeneidade dos atores sociais envolvidos em trajetórias de cuidado e da diversidade de possibilidades de deslocamentos – e empoderar os indivíduos na posição de pacientes/clientes, normalmente silenciados nas abordagens terapêuticas voltadas para a abstinência.

Mas esse exercício metodológico de chegar aos pacientes de espaços terapêuticos em busca de suas experiências e vivências concretas da rede de atenção em saúde e das políticas públicas brasileiras sobre o tema está diretamente relacionado ao processo de trabalho de campo antropológico da pesquisa, que percorreu espaços heterogêneos buscando retrair associações entre atores sociais. Em outras palavras, a própria apresentação dos capítulos desta tese é pensada a partir da ideia de *deslocamentos*, no caso, do pesquisador por diferentes contextos empíricos nos quais a dependência química está sendo colocada em prática. Além da experiência de trabalho de campo na cidade de Porto Alegre, é importante ressaltar o período dispendido na cidade de Amsterdam, durante o estágio-sanduíche na *Vrije Universiteit Amsterdam*, quando pude contar com uma co-orientação cuidadosa e conhecer uma realidade político-social diferente da brasileira, o que me ajudou a retrabalhar, após a volta do período de estágio, aspectos do trabalho de campo que haviam passado despercebidos anteriormente.

No primeiro capítulo do presente trabalho faço uma recapitulação da minha trajetória acadêmica de pesquisa. O objetivo de tal exercício é refletir sobre a construção do objeto desta pesquisa, demonstrando como está vinculado a experiências anteriores de trabalho sobre temas correlatos. A ideia é exatamente demonstrar que o processo de pesquisa antropológica está também vinculado às experiências pessoais e práticas do pesquisador, e não apenas a formulações e problematizações supostamente neutras produzidas em contexto laboratorial.

No segundo capítulo apresento o *contexto científico-político* que envolve não apenas a gestão legal das práticas de uso de psicoativos, mas principalmente as *abordagens de saúde* sobre o tema. Para tanto, faço primeiramente um pequeno apanhado histórico/bibliográfico sobre a evolução da gestão social das práticas de uso de psicoativos – que nos últimos anos tem avançado enormemente em termos de uma abordagem de saúde alinhada com o respeito aos direitos humanos dos usuários –, ressaltando a importância de se valorizar a ideia do *uso normal*, mesmo de substâncias ilícitas, como a oposição dos usos problemáticos – diferente de interpretar que apenas a abstinência ou o não-uso são isentos de problemas.

Em seguida, no terceiro capítulo trato das políticas públicas brasileiras sobre uso de psicoativos, dependência química e atenção em saúde para usuários de psicoativos. O objetivo é demonstrar que apesar de se basear em princípios de redução de danos (RD) e respeito à autonomia dos cidadãos em suas escolhas – supostamente compartilhados por toda a rede de atenção –, ainda há a possibilidade de que pacientes/clientes da rede terapêutica se deparem, no desenrolar de seus itinerários ou processos terapêuticos, com práticas e procedimentos que não compartilham desses princípios ontológicos. Atualmente o principal sistema de atenção é público, mas acaba sendo também povoado por instituições que integram a rede para ocupar espaços deficitários de oferta governamental, e não por compartilharem uma mesma forma de se relacionar com o indivíduo cuidado.

No quarto capítulo abordo episódios (fatos) recentes com o intuito de demonstrar que apesar de todos os avanços das últimas décadas a midiaticização (constatação) de uma suposta “epidemia de consumo de crack” trouxe novos desdobramentos e permitiu o recrudescimento do universo de abordagem da saúde – ao menos abriu bastante espaço para a disseminação midiática e de senso comum desse tipo de abordagem patológica. Dada a gravidade dos casos mais extremos de dependência de crack, campanhas midiáticas e entidades políticas e científicas juntaram-se para colocar em ação uma determinada visão sobre o fenômeno que pouco contribuiu para o processo em curso de abordar os usuários de psicoativos, problemáticos ou não, a partir de uma visão de direitos humanos e saúde. Em outras palavras, demonstro que o espaço da redução de danos tem sido reduzido ou deixou de se expandir na prática, sendo o privilégio dado às intervenções advindas de modelos de patologia, que reforçam menos o autocuidado e mais o engajamento com procedimentos

terapêuticos nos quais quem cuida e quem é cuidado não compartilham da mesma posição ontológica e hierárquica. Incluindo aí ações, programas e investimentos governamentais em aperfeiçoamento de profissionais e criação de aparelhos de cuidado.

O capítulo cinco trata do relato de minha trajetória de trabalho de campo por diferentes modelos institucionais de atenção, que serão discutidos à luz das ideias trazidas nos capítulos anteriores, focando principalmente em como são colocados em ação a dependência química e as terapêuticas baseadas em abstinência. Trata-se de um relato de campo sobre instituições sociologicamente e politicamente situadas e sobre as relações que elas estabelecem entre si e com outros atores sociais institucionais ou não. Suas práticas e procedimentos terapêuticos poderão ser interpretados a partir de sua posição dentro de uma rede de práticas políticas, científicas, técnicas, religiosas, etc. Ao abordar exclusivamente modelos terapêuticos baseados em abstinência é possível de perceber como as práticas de redução de danos, apesar de orientarem as políticas públicas sobre o tema no Brasil, podem ser totalmente ausentes, inclusive em termos de diálogo. Trata-se de práticas baseadas em abstinência que não conseguem dialogar ou mesmo contemplar a possibilidade da redução de danos como prática de cuidado.

Na sequência, no capítulo seis, dialogo com o conjunto de teorias que me auxiliou a formular os problemas e perguntas da pesquisa, geralmente agrupados sob a alcunha de *Actor-Network-Theory*. Mais precisamente, procuro demonstrar como o processo de deixar emergir a teoria a partir das práticas me ajuda a reconstruir, privilegiando os deslocamentos de pacientes/clientes por diferentes espaços terapêuticos, outra ideia de *cuidado* e de *rede de atenção*, mais heterogênea, múltipla e dinâmica do que se eu tivesse focado na relação dos indivíduos com algum procedimento/modelo terapêutico em especial. Com o intuito de contornar a prerrogativa que permeia as abordagens patológicas do uso de psicoativos demonstrada nos primeiros capítulos, que tende a desconstruir a capacidade de ação e racionalidade dos indivíduos considerados dependentes químicos, a escuta antropológica – neste caso, aquela que considera os sujeitos pesquisados antropólogos de suas próprias trajetórias – permite a estes indivíduos se expressarem ontologicamente novamente. Desta forma, o que se entende por patologia ganha outra dimensão, a do tempo, do espaço e das múltiplas *assemblages* que colocam em ação, em diferentes momentos, os usos normais de psicoativos e os usos dependentes ou problemáticos. Não se trata de apenas um indivíduo e uma ou mais substâncias, mas de uma gama de atores sociais colocando em

prática determinados *eventos* e *associações* com desdobramentos diversos. Essa é a justificativa para a escolha das narrativas pessoais-individuais (trajetórias de vida) como elemento essencial. É a antropologia buscando ontologicamente esses indivíduos que em um determinado momento passaram a viver uma posição social de *alteridade patológica*.

No sétimo capítulo apresento cinco trajetórias sociais de indivíduos que foram abordados em algum dos ambientes terapêuticos apresentados no capítulo quatro. O foco será nos seus deslocamentos, trazendo a ideia de *rede* para dentro das trajetórias de vida de cada um deles e expandindo os limites e componentes da rede idealmente projetada pelas políticas públicas. Quais situações e desdobramentos práticos levaram a cada procedimento terapêutico e quais os desdobramentos práticos e concretos dos mesmos nas vidas dessas pessoas? Penso que uma das contribuições desta pesquisa está exatamente em trazer à tona as experiências práticas de indivíduos que haviam estado ou estavam em situação terapêutica e fazê-las dialogar com o que poderia ser chamado de *contexto social-político* das práticas terapêuticas para dependência química. A partir do foco nas experiências de indivíduos classificados a partir de uma noção patológica, penso que é possível situar as próprias definições patológicas e terapêuticas de maneira relacional, fugindo de essencialismos. Basicamente, devolver a qualidade e profundidade social a esses processos de classificação e normalização, que podem ser incorporados de maneiras múltiplas, rejeitados, negociados. Assim o foco não está exatamente nas práticas e procedimentos, mas nos desdobramentos destes em histórias de vida concretas.

Por último, a conclusão da tese gira em torno da valorização da noção de dependência química enquanto um processo. Ressalta-se para a importância de abordar esse fenômeno a partir dessa perspectiva justamente a partir da análise das experiências individuais de pacientes em ambientes terapêuticos.

1 – O PROBLEMA ANTROPOLÓGICO DE PESQUISA: COMO PESQUISAR ALGO QUE ESTÁ EM MUITOS OU EM NENHUM LUGAR?

Ao iniciar a construção da pesquisa que teria como resultado a presente tese me senti instigado a fazer um exercício que neste momento derradeiro da escrita sinto ser importante retomar: o de pensar retrospectivamente sobre os passos que me guiaram até o curso de doutorado em Antropologia Social. Primeiramente quero tratar, ainda que de forma breve, do resgate de minha própria trajetória acadêmica, mais especificamente dos dois trabalhos de pesquisa que desenvolvi anteriormente. Não se trata de retomá-los teoricamente ou mesmo de revisitar os resultados alcançados, mas de explicitar alguns pontos nessa trajetória que vejo como essenciais para o desenvolvimento dos problemas de pesquisa desta tese. A construção dos problemas e das perguntas que guiaram o trabalho que aqui apresento está ligada não somente ao processo de desenvolvimento técnico-prático daquelas pesquisas, mas também a algumas observações e vivências que, de certa forma, extrapolam o que uma visão puramente positivista da ciência classificaria como *elaboração do objeto de estudo*. Além de problematizar a própria construção do objeto, relaciono este processo às minhas vivências.

Ao longo dos últimos anos, considerando minhas pesquisas anteriores, estive trabalhando com um recorte empírico específico de um universo mais ou menos delimitado que identifico como *práticas terapêuticas relacionadas a definições patológicas do uso de substâncias psicoativas*. Posso afirmar que o universo desta tese se insere, de uma maneira geral, no mesmo âmbito. Já as aproximações empíricas e teóricas são substancialmente diferentes daquilo que produzi anteriormente. O objetivo deste primeiro capítulo é retrazar esse trajeto intelectual para demonstrar que as problematizações que guiaram a presente pesquisa estão ligadas, também, a um aprendizado prático, teórico e empírico anterior que não pode ser ignorado neste momento.

Pensando no sentido processual da construção de uma pesquisa, o que apresento como tese trata de uma consequência ou desdobramento dos meus primeiros questionamentos ainda como um aluno aprendiz de Ciências Sociais. Tanto no meu trabalho de conclusão do curso de graduação em Ciências Sociais, quanto na

Dissertação de Mestrado em Antropologia Social, desenvolvi pesquisa de campo junto a grupos de Narcóticos Anônimos (NA). Primeiramente na cidade de Londrina, no estado do Paraná, (Loeck, 2006) e depois em Porto Alegre, no Rio Grande do Sul (Loeck, 2009).

Hoje percebo que a escolha dos Narcóticos Anônimos como objeto empírico de pesquisa naqueles dois momentos anteriores foi reflexo da constatação de uma escassez de trabalhos antropológicos sobre este agrupamento de ajuda mútua em especial. Em primeiro lugar surgiu o interesse pela temática das práticas de uso de substâncias psicoativas na contemporaneidade, mas a escolha específica do NA se deu a partir da revisão bibliográfica feita na época. Até então praticamente nada havia sido produzido dentro das Ciências Sociais no Brasil sobre esse modelo terapêutico. Encontrei trabalhos sobre este modelo terapêutico aplicado a outras questões e sobre os Alcoólicos Anônimos, que são a base e inspiração histórica direta para os grupos de NA, mas ao mesmo tempo notei que as implicações sociais de problemas relacionados ao uso de álcool, por um lado, e de outras substâncias psicoativas ilícitas, por outro, não são exatamente as mesmas. Daí a importância de abordar os Narcóticos Anônimos naquele momento.

Com o desenrolar daquelas pesquisas fui paulatinamente percebendo que a justificativa científica do olhar antropológico sobre Narcóticos Anônimos ultrapassava a racionalidade pragmática que originalmente me guiara. Isso porque, em primeiro lugar, apesar da faceta do anonimato, pragmatismo e da suposta invisibilidade social do NA e de seus membros, se trata de um modelo terapêutico que agrega milhões de participantes ao redor do mundo. Em segundo lugar, o surgimento e expansão dos grupos terapêuticos de ajuda mútua podem ser relacionados a uma espécie de dificuldade das ciências biomédicas – que em um determinado momento histórico desenvolveram e passaram a praticar os conceitos de *dependência química*, *uso nocivo* e *uso problemático* de substâncias psicoativas – em tratar do principal problema de saúde associado ao uso de substâncias psicoativas de determinados indivíduos: a dependência química. Trato destes conceitos mais adiante no presente trabalho.

Algumas pessoas que entram em processos de dependência química conseguem contornar o problema através das terapêuticas biomédicas que hoje informam e ajudam a produzir as políticas públicas sobre o tema, outros através da participação em grupos de ajuda mútua como o NA, outros por conta própria ou através

de práticas religiosas, e outros ainda é possível que nunca alcancem aquilo que poderíamos chamar de *cura*, se esta estiver ligada à abstinência total de qualquer substância. Por outro lado, também, muitas pessoas não têm como objetivo abandonar totalmente o consumo de psicoativos ou mesmo buscar tratamento e cura, o que torna esses dois últimos conceitos, nesses casos, questionáveis do ponto de vista prático.

No primeiro dos trabalhos aqui referidos (Loeck, 2006) procurei discutir o conceito de “estigma” trabalhado por Goffman (1975) em relação à prática do anonimato corrente nos grupos de NA, buscando compreender se havia uma relação entre o anonimato e o estigma socialmente atribuído aos usuários de substâncias psicoativas ilícitas. Percebi que a relação é verdadeira e que mesmo participantes com anos de sobriedade muitas vezes preferem manter o anonimato porque o estigma social não necessariamente é desconstruído com a sobriedade e participação nos grupos. Pelo contrário, o fato de alguém tornar pública a participação em grupo de Narcóticos Anônimos pode, inclusive, ser o fator que desencadeia a atribuição de um estigma social até então possivelmente inexistente. A noção própria, puramente simbólica e tomada como referencial de “adição” enquanto doença crônica e incurável que os Narcóticos Anônimos compartilham e disseminam também contribui, de certa forma, para a perpetuação e reprodução do estigma atribuído aos dependentes químicos. Justamente a partir da ideia de cronicidade e de todos os aspectos negativos socialmente atribuídos aos dependentes químicos.

No trabalho de mestrado (Loeck, 2009) procurei ampliar o escopo de análise, abordando os conceitos e as representações sociais que circulam na literatura e nas reuniões do grupo e destacando os elementos simbólicos e práticos que constituem uma noção particular de doença e de terapêutica. O foco do trabalho de campo foi a participação nas reuniões, interpretadas como um tipo de ritual sistemático de afirmação e reafirmação da condição patológica e do engajamento terapêutico – de querer estar “limpo” (abstêmio). É nas reuniões que os participantes compartilham suas experiências pessoais sobre um conceito de doença – “adição” – e sobre uma maneira específica de manter a mesma controlada, que é participando dos grupos, mantendo-se “limpo um dia de cada vez”, e assimilando os conceitos ali difundidos. É principalmente nas reuniões, onde a interação com outros participantes e a fala são os principais recursos terapêuticos, que os participantes assimilam a simbologia e também uma identidade compartilhada, a de “adicto em recuperação”. Esses conceitos e práticas, enquanto

estiverem sendo compartilhados pelos participantes nas reuniões, podem ser interpretados também como os pilares de sustentação da estrutura institucional dessa autointitulada “irmandade mundial de adictos em recuperação”. A irmandade não existe *a priori* como um modelo conceitual, fora da vivência e das trocas entre os participantes. Faz pouco ou nenhum sentido se apropriar apenas dos conceitos e literatura do grupo sem participar das reuniões, pois é justamente nestes momentos que acontece o processo de identificação entre os participantes, essencial no “processo de recuperação”. É quando entra em ação o “jogo de espelhos” (Trois, 1998) característico desses agrupamentos. Nos grupos de ajuda mútua é preponderante a ideia de que todos os “adictos” são iguais.

Assim, concomitantemente busquei entender como este modelo terapêutico específico passa a ser assimilado ou abandonado em determinados momentos no decorrer de algumas trajetórias de vida. Na busca por extrapolar os ambientes institucionais-interativos de qualquer grupo específico de NA, nos quais a redundância e a reafirmação dos conceitos e práticas através dos relatos de experiências individuais é o *leitmotiv*, pude perceber que a identidade de “adicto em recuperação” não necessariamente é uma constante na vida de todos participantes – muitas vezes não passa de um papel social que é encenado em situações específicas, sejam elas as próprias reuniões ou as expectativas familiares e jurídicas, por exemplo. Há idas e vindas, aproximações e afastamentos, e mesmo questionamentos a respeito da ideologia e das práticas que são compartilhadas – raramente nas reuniões, diga-se de passagem. Mas essas características passam despercebidas quando o foco é a sincronia e a dinâmica interna dos Narcóticos Anônimos. A introdução do elemento temporal na abordagem do uso problemático de substâncias psicoativas e da participação nos grupos de NA abriu para mim um novo campo de possibilidades analíticas, naquele momento, e de pesquisas futuras, posteriormente.

Com essas palavras iniciais quero insistir no fato de que não posso desvincular a tese que ora apresento dessas experiências anteriores de pesquisa, seja no sentido de que foram experiências de formação e aprendizado teórico que balizaram a construção deste objeto de pesquisa, ainda dentro de um mesmo universo, mas principalmente no sentido de que o contato de longo prazo com um determinado recorte da realidade permitiu o aprofundamento e o questionamento de meu próprio olhar sobre este caminho investigativo.

Comecei tratando dos Narcóticos Anônimos dentro de seus limites simbólico-institucionais e posteriormente passei a indagar sobre a recorrência e/ou inconstância de sua presença, enquanto recurso terapêutico, nas trajetórias sociais de participantes de grupos de ajuda mútua. A conclusão foi que alguns indivíduos ingressam em NA e dali pra frente não mais abandonam a sobriedade em decorrência do contato permanente com o grupo. Já outros mantêm uma relação de idas e vindas, intercalando períodos de sobriedade e participação com outros de afastamento e volta ao consumo de sua(s) substância(s) de preferência. Ou seja, não quer dizer que quem está afastado não está cuidando de si ou que não está engajado com a proposta terapêutica de Narcóticos Anônimos, mas afirmo que existem maneiras múltiplas de se relacionar com aquele universo terapêutico. Em outro sentido, aquele mesmo universo teórico-prático pode implicar de maneiras múltiplas nas vidas de diferentes indivíduos. Os desdobramentos, fatos e rupturas que levaram alguma pessoa até ali, tal como os desdobramentos decorrentes do contato com o grupo, não são necessariamente os mesmos para todos.

Vejo a presente pesquisa de tese como resultado de um longo processo de reelaboração empírica e teórica a respeito desse mesmo universo de pesquisa. Se anteriormente eu busquei partir de um recorte empírico específico e problematizações teóricas mais ou menos pré-definidas, nesta nova empreitada o que me interessa é, citando Latour (2005), “reagregar o social”, buscar descrever as associações entre atores sociais que colocam em ação a dependência química a partir das *práticas terapêuticas relacionadas a definições patológicas do uso de substâncias psicoativas*. O que me direcionou a levar em consideração desde as políticas públicas nacionais sobre o tema, os debates científicos, políticos e midiáticos, para finalmente chegar ao recorte empírico escolhido para coleta sistemática de dados: instituições (espaços) de tratamento (cuidado) baseados em abstinência e trajetórias sociais de indivíduos em situação terapêutica.

Assim, para citar desde já uma inspiração teórica que ajudou a moldar a pesquisa, principalmente a maneira de descrever e compreender a realidade, remeto rapidamente a algumas ideias de Bruno Latour e outros autores que trabalham dentro da perspectiva *Actor-Network-Theory* (ANT) ou pós-social. Posteriormente, no sexto capítulo, retomarei de forma detalhada e a partir de exemplos os usos que faço dos conceitos deste e de outros autores. Por ora, basta dizer que a inspiração se dá na busca de uma antropologia que prima por descrever as associações entre atores sociais que

colocam em prática ou que *realizam* determinado fenômeno, seja ele uma crença religiosa, um diagnóstico biomédico, uma relação entre pessoas e ferramentas, uma nova tecnologia. O que se chamaria de ação social ou agência, nesta abordagem de inspiração latouriana, só pode ser identificada nas *relações entre atores sociais* – sejam estes humanos, não-humanos, ou um misto de ambos – que formam *assemblages*. O social é entendido como *assemblage*, o que preserva, nesta perspectiva, o caráter *performativo* do mesmo.

E dentro do universo das *práticas terapêuticas relacionadas a definições patológicas do uso de substâncias psicoativas*, a ideia principal é poder explorar, a partir de minhas observações em campo e coleta de trajetórias sociais de pacientes/clientes em situação terapêutica, a complexidade, a multiplicidade e o caráter processual das categorias *cuidado, rede terapêutica e dependência química*. Creio que esta pesquisa poderá ajudar a reconstituir a multiplicidade empírica dessas categorias que tendem, dentro do universo das terapêuticas para dependência química baseadas na abstinência, a ser usadas de maneira generalizante e homogeneizante.

Mas para chegar nesses indivíduos e tentar reconstituir a partir dessas trajetórias o que chamo aqui de *multiplicidade da dependência química* – ou *múltiplas implicações sociais da dependência química* –, percorri tanto um caminho teórico-bibliográfico na busca por situar sociologicamente algumas categorias – *dependência química, tratamento para dependência química, rede terapêutica* – quanto um caminho empírico, materializado nos meus deslocamentos por diferentes espaços terapêuticos que põem em prática versões da dependência química e de seu tratamento na cidade de Porto Alegre. A justificativa para explorar um recorte tão específico da realidade – as trajetórias sociais de indivíduos em situação terapêutica – como principal dado a ser interpretado será explicitada ao longo dos capítulos desta tese. Por ora, adianto que está relacionada ao fato de que para por em prática as *assemblages* patológicas do uso de substâncias psicoativas muitas vezes se faz necessária a objetivação da irracionalidade, da falta de autonomia e mesmo da animalidade (não-humanidade) desses usuários em suas práticas – desconstrói-se a possibilidade de sua autonomia subjetiva, de ser um indivíduo racional, como justificativa de intervenção. Em outras palavras, não se contempla a possibilidade de um dependente químico (ou usuário problemático de psicoativos) ser, ao mesmo tempo, racional.

Neste momento cabe dizer que o próprio desenrolar do processo de pesquisa me direcionou a privilegiar as vivências de indivíduos em situação terapêutica, uma vez que comecei, ainda no ano de 2010, a acompanhar eventos científicos – alguns relacionados aos modelos previstos nas políticas públicas – a respeito dos temas *uso de substâncias psicoativas, dependência química, tratamentos para dependência química e rede terapêutica* concomitantemente ao início do levantamento bibliográfico sobre o tema. Essa primeira etapa da pesquisa, de acompanhamento de eventos científicos de formação e aperfeiçoamento para profissionais da atenção aos usuários de psicoativos, me ajudou a fazer um mapeamento de temas, discursos, embates e problemas recentes relacionados à abordagem política e de políticas públicas em saúde para dependência química no Brasil atual. Ou seja, o direcionamento da pesquisa e da análise dos dados foi se forjando no sentido de explorar a relação de múltiplas vias entre os elementos materiais e concretos, de um lado, e os simbólicos e discursivos, de outro, das noções de patologia e terapêutica. O que, ou quais atores sociais estão agregados colocando em ação, em determinadas circunstâncias, a *dependência química* e o *tratamento baseado em abstinência*.

Mais do que simplesmente apontar para os temas em debate, nessas observações iniciais de eventos técnicos e científicos relacionados a como o aparelho de governo do estado brasileiro incide sobre os usuários de psicoativos, juntamente com a análise dos textos das políticas públicas *per se*, me interessou saber *quem fala* a respeito da dependência química e como é representado, nos discursos e nas práticas técnicas, científicas e políticas, o indivíduo dependente químico, assim como as possibilidades terapêuticas para este problema que apenas nas últimas décadas passou a ser abordado com mais ênfase enquanto um problema de saúde pública. Apesar de existir atualmente um sistema público de atenção em saúde para usuários de psicoativos, baseado principalmente em modelos científicos biomédicos, da psicologia e da assistência social, as políticas públicas incluem também instituições terapêuticas complementares e não consideradas científicas, como grupos de ajuda mútua e comunidades terapêuticas. Além disso, quando pensamos não exatamente nas práticas terapêuticas em si, mas em quais atores sociais enunciam discursos sobre o uso de psicoativos, sobre a dependência química e seu tratamento, observamos também a presença de setores da mídia, instituições educativas, o aparelho jurídico-policial, entre outros atores sociais.

Basicamente, essa primeira etapa de mapeamento de políticas públicas através dos eventos científicos e da leitura das leis me demonstrou que há diferentes modelos terapêuticos no Brasil e que eles não necessariamente compartilham dos mesmos *princípios ontológicos*. Há duas ontologias políticas mais amplas e não necessariamente convergentes em ação no Brasil atual – no âmbito legal, a proibicionista e a descriminalizadora (legalizadora); no âmbito da saúde/terapêuticas a redução de danos e a patologia/abstinência. *Redução de danos e descriminalização (legalização) de um lado; proibição e patologia/abstinência de outro*. Creio que o mais importante de ser notado aqui é que as abordagens teórico-práticas da ciência e da técnica, tanto de um lado quanto de outro dessa polarização conceitual, expressam enunciados políticos. Algumas vezes explícitos outras vezes implícitos nas próprias práticas de categorização e intervenção direcionadas aos usuários de psicoativos. Por isso a aproximação com o conceito de *ontological politics*. Discuto com mais detalhes a relação deste conceito com os problemas da pesquisa no sexto capítulo da tese. Para o momento basta dizer, a partir de Mol, o seguinte:

Ontological politics é um termo composto. Ele fala de *ontologia* – que na linguagem filosófica padrão define o que pertence ao real, as condições de possibilidade com que vivemos. Se o termo ‘ontologia’ é combinado com o de ‘política’ então isto sugere que as condições de possibilidade não são dadas. Que a realidade não precede as práticas mundanas com as quais interagimos, e sim que é moldada por essas práticas. Então o termo *política* trabalha para destacar este modo ativo, esse processo de moldagem, e o fato de que seu caráter é tanto aberto quanto contestado (Mol, 1999, p.75)².

Em última instância, trata-se de uma pesquisa que também dialoga de perto com a *antropologia das políticas públicas*, da maneira como Singer e Castro (2004) a definem, principalmente no sentido de tentar captar as implicações de determinado conjunto de políticas nas vidas das pessoas que são atingidas por essas tecnologias de governabilidade. Em outro sentido, pode-se dizer também que a ideia de antropologia das políticas públicas com a qual a presente tese dialoga ajuda a explicar como “as políticas públicas permitem a classificação particular de grupos-alvo, e como legitimam certas soluções políticas em detrimento de outras” (Wedel *et al.*, 2005, p.34).

² Todas as traduções de citações nesta tese foram feitas por mim.

A seguir são apresentados os procedimentos e passos realizados para a coleta de dados em diálogo com uma discussão ético-metodológica a respeito do desenrolar da pesquisa etnográfica. Apresenta-se, também, de maneira breve, os espaços terapêuticos nos quais a segunda parte da pesquisa de campo ocorreu, lembrando que a primeira parte do trabalho de campo foi desenvolvida em eventos científicos e de aperfeiçoamento direcionados a profissionais que trabalham com o cuidado aos dependentes químicos.

Nota sobre os procedimentos ético-metodológicos

É importante ressaltar, como aponta Oliveira, que esta proposta de trabalho esteve sempre relacionada a uma pesquisa *com* seres humanos. O que é substancialmente diferente de pesquisas *em* seres humanos, como algumas das áreas biomédicas, já que na “(...) pesquisa *com* seres humanos, diferentemente da pesquisa *em* seres humanos, o sujeito da pesquisa deixa a condição de cobaia (ou objeto de intervenção) para assumir o papel de ator (ou de sujeito de interlocução)” (Oliveira, 2004, p.34). Partindo desta perspectiva, pode-se dizer que os sujeitos da pesquisa aqui apresentada não correram quaisquer riscos físicos imediatos durante a realização da mesma. Ao mesmo tempo, isto é diferente de dizer que a pesquisa não teve qualquer tipo de implicação em suas vidas cotidianas, no entanto foram tomadas todas as precauções éticas para minimizar os possíveis desdobramentos negativos neste sentido.

A pesquisa coletou dados em contextos empíricos nos quais a lei, a normatividade biomédica, os valores morais, religiosos, grupais e individuais, são todos fatores que tensionam limites. Os limites em tensão são os de cada uma das éticas disciplinares (biomedicina, direito), da autonomia individual, dos direitos humanos, do afeto familiar. Desta forma, o compromisso da pesquisa foi de descrever situações, apresentar casos e exemplos que ilustram a dinâmica de uma rede de cuidado em seu movimento, mas respeitando princípios éticos tanto no que diz respeito à situação de pesquisa científica quanto no que se refere às inter-relações humanas em geral. Em outras palavras, o questionamento ético não foi um apêndice, mas um elemento essencial em toda a construção da relação com os sujeitos pesquisados e da produção

dos dados. Oliveira ressalta também para dois momentos possivelmente mais dramáticos em se tratando de problemas ético-morais na pesquisa antropológica:

quando da negociação da identidade do pesquisador no campo (...); e no momento da divulgação dos resultados da pesquisa, quando o antropólogo não pode se abster de responsabilidade sobre o material publicado, assim como sobre as implicações previsíveis de sua divulgação (Oliveira, 2004, p.35-6).

Em se tratando de pessoas que estão ou estiveram diretamente associadas a práticas possivelmente recriminadas socialmente, indivíduos passíveis de estigmatização social (Goffman, 1975), o cuidado deve ser ainda maior. Knauth (2004) nos dá bons exemplos a serem seguidos quando discute a ética na pesquisa antropológica com pessoas soropositivas, condição cuja publicitação acarreta em possíveis problemas de ordem social tal qual a explicitação do uso de psicoativos ilícitos. A autora nos diz que preservar o anonimato dos informantes na divulgação dos dados é um ponto essencial, mas insuficiente. A própria prática diária da pesquisa, o fato de um “estranho”, no caso, um pesquisador, passar a conviver cotidianamente com algumas pessoas pode levantar questionamentos junto aos círculos sociais dos sujeitos pesquisados, o que poderia implicar na divulgação de uma característica identitária até então encoberta.

Desta forma, foi também importante respeitar os espaços e os momentos adequados para o contato e estabelecimento de laços com os sujeitos pesquisados. Abordar usuários de psicoativos em espaços terapêuticos foi uma estratégia pensada para contornar o tipo de situação citada acima. Assim, a utilização das trajetórias sociais e itinerários terapêuticos dos entrevistados nesta pesquisa não deixará transparecer suas identidades. Há o esforço em utilizar este material de uma maneira não literal, focando nos aspectos gerais de cada uma das trajetórias, e ao mesmo tempo usar estratégias textuais que permitam preservar a riqueza, a profundidade do dado qualitativo.

No aspecto institucional me interessa menos descrever e nomear detalhadamente cada um dos espaços do que compreender o funcionamento dos modelos de atenção empregados em cada um deles. Digamos que cada um dos locais abordados na pesquisa sejam representantes de modos de atenção encontrados em outras instituições. Desta forma, de acordo com as negociações travadas especificamente em

cada campo, não descarto omitir o nome da instituição e fazer descrições mais gerais, mas que possam dar conta de apresentar idealmente os princípios de funcionamento.

Resumidamente, em nenhum momento deixei de levar em conta a dimensão ético-política (Oliveira, 2004) da pesquisa antropológica ou a aprovação formal do projeto de pesquisa nos diferentes comitês de ética. E obviamente isto implicou em muito mais coisas do que a simples preservação do anonimato dos interlocutores. Foi necessário estar comprometido com e levar em conta os diversos pontos de vista ou versões daqueles fatos que busquei interpretar e analisar, não me deixando levar por engajamentos ligeiros com um ou outro lado. Como diz Oliveira (2004. p.42), isto “não garante interpretações definitivas ou absolutas, [mas] pelo menos exclui aquelas que seriam arbitrárias”.

Em termos de planejamento e desenrolar prático da pesquisa, durante o ano de 2010 fiz a revisão teórico-bibliográfica para o trabalho, o mapeamento institucional e a elaboração do projeto e cronograma da pesquisa, além da participação nos eventos citados que ajudaram no processo de mapeamento de discursos e práticas. No primeiro semestre de 2011 comecei o contato com alguns espaços terapêuticos. Em seguida apresentei o projeto de pesquisa para os devidos comitês de ética para, a partir do segundo semestre do mesmo ano, iniciar o trabalho de campo propriamente dito. A ideia inicial era poder abarcar diferentes modelos ou propostas terapêuticas dentro do universo empírico identificado anteriormente, com o objetivo de tentar contemplar a diversidade do mesmo, entre as instituições e procedimentos biomédicos *oficiais* do sistema público de saúde e as *complementares*, como grupos de ajuda mútua e comunidades terapêuticas. Aproximei-me primeiramente do modelo o qual já tinha alguma familiaridade através de pesquisas anteriores, os Narcóticos Anônimos, que não fazem exigências para o desenvolvimento de pesquisas além do respeito aos princípios compartilhados do grupo, principalmente aquele que diz respeito ao anonimato dos participantes. Há abertura institucional para “não membros”, incluindo pesquisadores, que são as “reuniões abertas” à comunidade em geral. Assim, o trabalho de campo no NA iniciou no princípio do segundo semestre de 2011.

Trato detalhadamente da experiência etnográfica de observação no campo no capítulo cinco desta tese. Neste momento são abordados especificamente os aspectos ético-metodológicos envolvidos nos contatos entre o pesquisador e as instituições. É importante ressaltar que eu não defini os locais de campo previamente, eu apenas sabia

que começaria pelos grupos de NA. Um dos exercícios foi, exatamente, me deslocar dentro do próprio universo de possibilidades que o contato com o grupo proporcionaria, me deixando levar por sugestões e direcionamentos que, de certa forma, representam algumas possibilidades de relação interinstitucional dentro do universo da pesquisa. Esse primeiro contato permitiu a aproximação com outros dois dos locais de campo: o primeiro deles na metade do segundo semestre de 2011, uma instituição civil sem fins lucrativos que oferece atendimento ambulatorial para dependentes químicos, a Cruz Vermelha Brasileira – Rio Grande do Sul (CVB-RS), e posteriormente, no início de 2012, a comunidade terapêutica conhecida como Programa de Auxílio Comunitário ao Toxicômano de Porto Alegre (PACTO). Concomitantemente e por conta própria me aproximei do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) na tentativa de fazer observação em sua ala de internação para dependentes químicos, isso também no segundo semestre de 2011.

Dois desses locais – CVB-RS e HPSP – condicionaram a realização do trabalho de campo à aprovação do projeto por diferentes Comitês de Ética em Pesquisa. Em primeiro lugar, o da própria Universidade Federal do Rio Grande do Sul, o que ocorreu sem maiores problemas em dezembro de 2011. Em seguida, o mesmo projeto deveria passar pelo Comitê de Ética da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, no caso da CVB-RS, e o do próprio hospital, no caso do HPSP, e foi encaminhado para ambos ainda em dezembro de 2011. No caso da CVB-RS, para me aproximar da instituição até que o projeto fosse aprovado e eu tivesse acesso ao ambulatório, foi-me sugerido participar como voluntário, o que prontamente atendi me apresentando ao Setor de Prevenção em outubro de 2011. No caso do HPSP, em relação à minha ideia original de observar a ala de internação para dependentes químicos, ainda na fase de aproximação com a instituição houve a sugestão de mudar o local do trabalho de campo para o ambulatório, uma vez que já havia outras pesquisas em andamento na outra ala e o ideal seria preservar os pacientes internados do stress adicional de mais uma pesquisa. Acatei a sugestão e reformulei o projeto original para apresentar ao Comitê de Ética do hospital focando no ambulatório da instituição.

Alguns imprevistos nessa etapa retardaram o início do trabalho de campo nos dois locais. Primeiramente, houve mudanças nos quadros de colaboradores dos dois Comitês de Ética, o que ocasionou uma demora maior do que o normal para análise do projeto. No Hospital Psiquiátrico São Pedro ele foi aprovado apenas no início de maio

de 2012, ou seja, cinco meses após o encaminhamento. No Comitê de Ética da Prefeitura Municipal de Porto Alegre o primeiro parecer foi dado apenas no início de abril de 2012 e apontou algumas pendências no projeto. Estas eram relacionadas diretamente a questões protocolares e burocráticas. Corrigidas as pendências, o projeto foi aprovado em junho de 2012, o que me permitiu pouco tempo de participação no ambulatório da CVB-RS antes de encerrar a pesquisa de campo. O campo foi encerrado no início de setembro de 2012 devido ao início do estágio de doutorado-sanduíche que realizei por um ano em Amsterdam, na Holanda, a partir do mesmo mês/ano.

Já a comunidade terapêutica PACTO não exigiu aprovação por nenhum Comitê de Ética para a realização do trabalho de campo, mas quando me aproximei da instituição já tinha o parecer favorável do comitê desta universidade, o que obviamente favoreceu a aproximação. Nos primeiros contatos conversei com um corpo de diretores que gerencia a instituição, apresentando os objetivos da pesquisa e recendo o aceite sem maiores problemas.

De todo o exposto nas linhas acima fica claro que foi um trabalho de campo em quatro diferentes instituições, mas que foi desigualmente distribuído em termos de tempo de contato, principalmente devido a fatores burocráticos os quais eu não tinha controle. Apesar de já contar desde o projeto com a previsão de realizar entrevistas em profundidade sobre as trajetórias sociais de indivíduos em situação de tratamento, aliando esta técnica com um trabalho de campo de imersão nos quatro locais selecionados, os fatos narrados acima ajudaram a aumentar o valor do foco nas trajetórias de vida individuais e diminuir o peso da análise a respeito dos aspectos institucionais.

O elemento principal de análise não são os espaços institucionais. Estes foram observados e descritos a partir dos moldes etnográficos, mas a narrativa será o pano de fundo do trabalho, já que o elemento analítico principal serão as entrevistas com os pacientes/clientes desses espaços terapêuticos, principalmente no que toca às suas trajetórias de vida e itinerários terapêuticos. Ressalto que as entrevistas foram realizadas seguindo um roteiro semiestruturado – Anexo B – apenas após a concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Anexo A – por parte dos sujeitos de pesquisa.

Dada a relação desigual que mantive com cada um desses espaços, foi também desigual o número de participantes com os quais eu pude manter contato mais

profundo em cada um deles. No total, realizei 12 entrevistas, sendo duas com membros dos Narcóticos Anônimos, duas com participantes das reuniões de prevenção de recaída do HPSP e oito com internos e monitores (ex-internos) da Comunidade Terapêutica PACTO. O pouco tempo de campo desenvolvido no ambulatório da CVB-RS não me permitiu manter contato suficiente com os pacientes/clientes a ponto de propor a realização de entrevistas. Selecionei cinco que julguei mais ilustrativas das tensões observadas no campo para apresentar na tese em formato de trajetória de vida (deslocamentos terapêuticos). Ao mesmo tempo não quero dizer que apresentarei uma transcrição literal das mesmas, ou que não utilizarei os dados coletado nas outras entrevistas, mas que levarei em conta essas cinco trajetórias como dado a ser analisado à parte, enquanto as outras serão utilizadas parcialmente para ilustrar questões específicas. Em termos teóricos tratarei dessa questão posteriormente, no capítulo seis, onde justificarei a escolha de usar essas entrevistas como aporte de dados para reconstituir trajetórias sociais que representam a dependência química em termos de deslocamentos, fluxos, sistemas.

2 – OS USOS DE PSICOATIVOS E SEUS CONTROLES: ENTRE O CRIME E A DOENÇA

Neste capítulo faço uma breve revisão bibliográfica sobre a construção do aparato biopolítico de controle do uso de psicoativos no decorrer do séc. XX. A pergunta que guia o texto se resume da seguinte maneira: no caso das substâncias ilícitas, cujo controle social transita nos últimos cem anos entre a abordagem criminal e a abordagem patológica, existe espaço para o *uso normal*?

2.1 Do controle legal

As práticas de uso de psicoativos no decorrer do séc. XIX e durante o séc. XX passaram a ser controladas/geridas socialmente a partir de dois conjuntos de discursos e práticas que demandam *normalização*, em um primeiro momento o da criminalização e posteriormente o da patologização. A ideia de dependência química (*addiction*) teve enorme influência nessa construção prático-discursiva normalizadora e, no caso do uso de substâncias ilícitas em países com legislação proibitiva como o Brasil, o entrecruzamento entre as duas esferas normativas ainda é bastante observável.

Salvo exceções, as sociedades contemporâneas optaram por uma maneira quase universal para gerir as práticas de uso de psicoativos, que é representativa de um modelo de gestão social característico dos estados-nação modernos: a lei escrita e o policiamento/julgamento pelo aparato policial/jurídico. Em se tratando de questões ligadas à saúde individual ou coletiva, essa gestão legal é praticada concomitantemente ao aparato de biocontrole das ciências biomédicas. Quando se trata do controle social sobre o uso de substâncias psicoativas, as restrições são justificadas e respaldadas pelos ideais do conhecimento biomédico que identifica danos e patologias que podem advir das mesmas. No decorrer do séc. XX foi observável um movimento de universalização – ou globalização – desse modelo de gestão social, legal e biopolítica com o surgimento de tratados, agências internacionais e organismos multilaterais dedicados a legislar sobre o uso de substâncias psicoativas.

O processo que culminou, em 1961, na promulgação pela Organização das Nações Unidas (ONU) da Convenção Única sobre Entorpecentes pode ter seu início identificado em algumas convenções internacionais como a Convenção Internacional do Ópio de Haia, assinada em 1912, como demonstra Rodrigues (2003). Pode-se dizer que por algum tempo essas legislações internacionais tinham o intuito de *controlar a circulação* de algumas substâncias, como o ópio e seus derivados. Mas o modelo de gestão das práticas de uso de psicoativos baseado na *proibição legal*, na *criminalização*, tem seu início nos Estados Unidos (EUA) com a proibição em nível doméstico da maconha, da cocaína e do ópio. É importante ressaltar que essas proibições foram associadas a disputas políticas internas sobre o controle populacional de contingentes imigrantes. O hábito do uso de ópio pelos imigrantes chineses, o uso de cocaína pela população negra que exercia trabalhos braçais, e o uso de maconha entre os imigrantes hispânicos mobilizou setores políticos dos Estados Unidos a lutar pela proibição dessas substâncias em território nacional, ainda no começo do séc. XX (Rodrigues, 2003).

O intuito foi de criminalizar hábitos e costumes sociais que pudessem justificar a intervenção estatal através do aparato policial sobre populações específicas. Após a 2ª Guerra Mundial, com o estabelecimento da ONU e a preponderância dos EUA nas decisões políticas da organização, as leis proibitivas em relação à circulação de algumas substâncias psicoativas foram estabelecidas em escala mundial. Ao mesmo tempo em que as legislações proibitivas passaram a vigorar em todo o planeta, a circulação e o alcance das substâncias ilícitas só aumentou com os processos contemporâneos de estabelecimento de fluxos globais de comunicação, de circulação de tecnologias, mercadorias e pessoas.

Dentro da Convenção de 1961 citada acima se estabeleceu uma diferenciação de Listas (*schedules*) que dividem as substâncias psicoativas conhecidas em uma escala de periculosidade – algumas consideradas mais perigosas, outras menos – e, a partir disso, com maior ou menor necessidade de controle e proibição. A Lista 1, que prevê as maiores restrições, inclui substâncias como *cannabis* (maconha), cocaína, heroína, LSD, *ecstasy* e não prevê qualquer possibilidade de uso normal. São substâncias que, de acordo com as metas estabelecidas pelo documento, deveriam ter sido erradicadas. Ao mesmo tempo, o documento também prevê uma série de exceções, como o uso médico de derivados de ópio, ou utilização das substâncias com finalidade de pesquisa científica (Rodrigues, 2003). Qualquer relatório estatístico em nível nacional ou mundial aponta

que as substâncias proibidas são consumidas de diversas maneiras em praticamente todos os grandes centros urbanos do mundo na atualidade. O *World Drug Report*, publicado pela Organização Mundial de Saúde desde 1997 confirma esse dado³.

Se muitas coisas podem caracterizar a ideia de um mundo globalizado, as práticas de uso de substâncias psicoativas são algumas delas. Como apontam Page e Singer, “as drogas hoje são uma verdadeira *commodity* global”, embora assumam que as diferentes partes do globo são atingidas de maneiras diferentes pelos fluxos de produção, distribuição, etc. (Page; Singer, 2010, p.86). As substâncias ilícitas são conhecidas e usadas em praticamente todos os países do mundo, ainda que algumas necessitem de matérias primas advindas de localizações geográficas específicas – a planta de coca só cresce nos Andes, mas a cocaína está disseminada por todo o globo. Correlatamente, as diretrizes para a elaboração de modelos de gestão legal das práticas de uso de psicoativos também pode ser considerado uma característica do mundo globalizado, uma vez que está baseado em convenções internacionais advindas do modelo da gestão multilateral do sistema das Nações Unidas (ONU).

Questionando a ideia mais comumente disseminada de que a globalização é um processo que tende a abarcar todas as particularidades locais, Collier e Ong nos dizem que a antropologia hoje deve articular a mudança a partir das categorias tecnologia, política e ética, estas sim consideradas fenômenos globais. Mas, para os autores, essas formas globais só são visíveis em ação, de forma emergente, articuladas a situações específicas, locais, que eles denominam de *global assemblages*:

global assemblages são espaços para a formação e reformulação daquilo que chamaremos, seguindo Paul Rabinow, de *problemas antropológicos*. São domínios nos quais as formas e valores da existência individual e coletiva são problematizados ou estão em cheque, no sentido de que estão sujeitos à reflexão e intervenção tecnológica, política e ética (Collier; Ong, 2005, p.4 – grifos meus).

Ou seja, para estes autores a globalização não é concebida como um processo de transformação secular por si só, como um tipo de filosofia da história, uma inevitabilidade a consumir tudo que há de particular, e sim como um espaço de

³ O relatório mais atual, divulgado em 2014, está disponível *on-line* no seguinte endereço: <http://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf>. Acessado em 14/06/2014.

problematização no qual devem ser enquadrados os questionamentos antropológicos contemporâneos. Por problemas antropológicos estes autores entendem a objetificação do social e do biológico para o conhecimento, para a intervenção técnica e para discussões éticas e políticas. Lembrando que na modernidade, pela primeira vez na história, a existência humana passou a ser problematizada secularmente, fora dos domínios da filosofia ou da teologia:

Foucault chamou a nova figura que emergiu como o objeto dessas ciências humanas o 'homem moderno'. Seguindo Rabinow[(2005)] (...), é preferível se referir a esta figura como *anthropos*. *Anthropos* sugere a formação específica das ciências humanas: antropologias, *logoi*, de humanos como seres sociais e biológicos. Também sugere uma orientação analítica para a maleabilidade, especificidade e historicidade das formas de vida constituída por estas finitudes (Collier; Ong, 2005, p.6).

A partir disto, temos a centralidade dos problemas sociais e biológicos dos seres humanos emergindo nesta nova configuração sócio-política com aspectos globais. O uso de substâncias psicoativas nesta nova configuração social tornou-se um tema de suma importância, uma vez que diz respeito a aspectos da vida humana tanto sócio-políticos e culturais quanto biológicos. Desta forma, é um tema sobre o qual há uma gama de discursos e práticas disputando o *lugar de verdade*, mas é facilmente visível que alguns atores sociais detêm o privilégio de emitir esses discursos de verdade, tais como os sistemas legais multilaterais e nacionais e o aparato biomédico.

Faço agora alguns comentários sobre a lei de drogas brasileira e o que implica esta maneira de gerenciamento social sobre o uso de substâncias psicoativas. No Brasil, no decorrer do séc. XX primeiramente se criou um aparato jurídico-institucional para gerir o uso de substâncias psicoativas, proibindo algumas substâncias de acordo com as normas e acordos internacionais e punindo os usuários e pessoas envolvidas com o comércio destas:

Esse aparato, constituído por uma série de leis e decretos que proibiam e criminalizavam o uso e o comércio de drogas no país, previa penas que determinavam a exclusão dos usuários do convívio social, propondo sua permanência em prisões, sanatórios e, a partir da década de 1970, em hospitais psiquiátricos (Machado; Miranda, 2007, p.804).

Hoje a lei brasileira sobre que regula os usos de substâncias psicoativas reifica uma distinção muito porosa entre *usuário* de substâncias psicoativas ilícitas e *usuário problemático* ou *dependente químico*, e principalmente entre *usuário* e *traficante*⁴. Esta legislação também indica a prevalência de uma abordagem repressiva sobre a questão, uma vez que o aparato policial e o sistema judiciário ainda são os atores-sociais governamentais mais ativos lidando com o uso de psicoativos. Apenas nove parágrafos da atual lei endereçam a prevenção ao uso de substâncias psicoativas e a necessidade do estado em prover cuidados de saúde e reinserção social de usuários problemáticos e dependentes. Em contraste, a mesma lei apresenta mais de quarenta artigos relacionados à repressão, à caracterização de crimes e a medidas punitivas.

Fica claro que este tipo de abordagem transfere um poder excessivo na configuração do crime de tráfico para a abordagem e o flagrante policial. Narrando as situações de “dura” e “desenrolo” Grillo *et al.* (2011) apontam para a seguinte situação: como um indivíduo que é considerado juridicamente um *usuário* de psicoativos ilícitos não pode mais ser inserido no sistema da justiça criminal – apenas quem entra na categoria *traficante* de substâncias psicoativas ilícitas pode responder criminalmente pelas suas práticas –, no ato do flagrante policial pode haver um tipo de negociação envolvendo extorsão ou violência. Se levar um *usuário* para a delegacia, apenas incorrerá pena administrativa, então o policial pode resolver “dar uma lição praticando violência ou extorsão”. De acordo com Veríssimo (2010), a modalidade de negociação está normalmente relacionada à classe social do indivíduo flagrado: extorsão se for usuário de classe média e aplicação de castigos físicos e morais em se tratando de pessoas pobres ou moradores de favela.

A posse de entorpecente proibido ainda é passível de punição administrativa no Brasil, mesmo após a Lei 11.343 que não mais prevê a pena de encarceramento a esses usuários. As penas alternativas aplicadas hoje a usuários flagrados pela polícia com substância ilegal passam por advertência verbal, pela prestação de serviços à comunidade (de preferência em instituição que prestam auxílio a dependentes químicos) ou pelo comparecimento a programa educativo ou preventivo para dependentes. Em Porto Alegre, por exemplo, utiliza-se o expediente de enviá-los a grupos de Narcóticos Anônimos. Ou seja, pode haver também este tipo de encaminhamento judicial para a

⁴ Lei Federal nº 11.343, Agosto, 2006. Texto completo disponível online: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm#art75>. Acessado em 07/04/2014.

esfera terapêutica que trata da dependência química, como aponta Policarpo (2010), com a conotação educativa, visando à prevenção ou a descontinuidade do uso de psicoativos. Ao mesmo tempo esses encaminhamentos podem levar a visões negativas do trabalho voluntário, programas educacionais e processos terapêuticos, principalmente se experienciados como uma punição.

De qualquer forma, se flagrados pela polícia e registrada a ocorrência, ainda que não sejam punidos com prisão, pessoas em situação de posse ou uso de substâncias psicoativas ilícitas podem entrar para os arquivos judiciais e policiais. Se este for o caso, precisam ir até a delegacia e comparecer a audiências judiciais para responder sobre o descumprimento da lei.

No Brasil o consumo de álcool e tabaco, substâncias lícitas, apresentam as maiores taxas de uso em geral, de dependência química e de problemas de saúde relacionados ao uso (Carlini *et al.*, 2006), mas é raro que haja uma abordagem mais incisiva de políticas públicas, de mídia ou mesmo discussões de senso comum em torno dessas práticas legais, principalmente a respeito do álcool. Com o tabaco, nos últimos anos, ficou evidente uma abordagem mais dura, ao menos em termos de restrições tanto publicitárias quanto de espaços públicos e privados nos quais é permitido fumar.

A separação, a partir de um determinado momento histórico, entre substâncias lícitas e ilícitas trouxe contornos mais problemáticos à questão, na medida em que foram criminalizadas práticas sociais instituídas, hábitos disseminados entre populações diversas. E este fato pode ser interpretado como problemático exatamente porque

Há uma tensão básica entre a ideia de que a lei representa a ação intencional, feita pelo homem, e constitui o meio pelo qual uma tentativa consciente e racional de direcionar a sociedade pode ser feita, e a maior parte do pensamento nas ciências sociais, de que existem causas subjacentes ao comportamento social que não estão totalmente sob o controle consciente dos atores (...) (Moore, 1978, p.1).

Moore fala sobre a ilusão que a regra na forma de lei escrita proporciona, de que esta seria a representação de uma orientação consciente, racional, dos rumos da sociedade. Nas suas palavras, “a experiência ordinária indica que a lei e as instituições legais podem apenas proporcionar um grau de controle intencional da sociedade, maior em determinadas épocas e menor em outras, ou mais de acordo com algumas questões do que com outras” (Moore, 1978, p.2). Continuando seu argumento, ela nos diz que

“tais sistemas de regras invariavelmente incluem ambiguidades, inconsistências, gaps, conflitos e o gosto [escolha]” (Moore, 1978, p.3). Ou seja, os atores sociais não necessariamente agem unicamente orientados pelo sistema legal quando este existe enquanto uma esfera teoricamente autônoma da sociedade.

Assim, o argumento central desta autora é mostrar que a lei, ou sistema legal das sociedades organizadas como Estados é apenas um tipo de “sistema de regulamentação” dentre outros. Esse conceito, de sistema de regulamentação, permite a visualização de outras formas reguladoras do comportamento e da ação humana mesmo em sociedades estatais regidas por sistemas legais. Também permite que vejamos esses sistemas de regulamentação de maneira horizontal, ou menos hierarquizada, sejam eles baseados em leis escritas, em costumes ou outras formas de regular a ação e o comportamento humano. Nas suas próprias palavras, “o termo regulamentação (...) é inclusivo o suficiente para englobar a lei governamental e espaços não-governamentais de criação e/ou imposição de leis. Nas sociedades complexas, então, o termo 'lei' pode ser reservado para [as regras] impostas pelo governo” (Moore, 1978, p.18).

A diferença apontada por Moore, que caracterizaria o sistema de regulamentação do Estado moderno baseado em leis, é que nesse tipo específico de organização social existe um corpo de especialistas que formula e rege esse conjunto de regras cuja pretensão é formar uma unidade racional orientadora da ação e do comportamento humano. O fator unificador dessas regras é o monopólio do uso da violência pelo estado, violência esta que invariavelmente tem a função coercitiva de impor as regras à população governada e de punir os transgressores. E parece que neste assunto em particular a lei tem mais a conotação de medida punitiva do que orientadora da ação, tendo em vista a constância histórica do uso das substâncias proibidas.

O mais interessante de notar a respeito dessas práticas é que apesar do regime proibitivo vigorar em grande parte dos países no mundo, o mesmo não é capaz de conter a produção, a circulação ou o consumo dessas substâncias. Fato que pode ser relacionado às observações introduzidas acima a respeito da ilusão de que a normatização na forma de lei direciona e orienta a sociedade estatal em determinadas direções. Mesmo com campanhas de “guerra às drogas” sendo difundidas em escala mundial desde o início da década de 1970, quando o presidente norte-americano Richard Nixon cunhou o termo, nenhum tipo de repressão policial ou proibição legal foi capaz de eliminar totalmente essas práticas em nenhum lugar. No mínimo, a

possibilidade de algum tipo de associação e relação positiva dos usuários com essas substâncias psicoativas deve ser levada em consideração, dada a recorrência histórica dessas práticas de entorpecimento para fins diversos.

2.2 Do controle biomédico

Assim no decorrer do séc. XX o movimento que se observou foi o de proibição de algumas substâncias, o que contribuiu apenas para a criminalização dos usos destas e não para a diminuição do uso ou dos problemas associados ao uso. Isso concomitantemente à elevação da biomedicina como ciência cuja missão é “prolongar a vida”. A *dependência química* foi um conceito de doença cunhado com o objetivo de diagnóstico biomédico, mas que também contribuiu para justificar o próprio regime proibitivo-legal estabelecido pela ONU para algumas substâncias. Como foi citado logo acima a respeito do modelo multilateral de gestão político-legal das substâncias psicoativas que se globalizou, da mesma forma a Organização Mundial de Saúde (OMS) contribuiu para a disseminação em escala global de ideias e conceitos a respeito do uso de psicoativos e os possíveis problemas relacionados.

Apenas nos últimos anos que a questão do uso de psicoativos entrou especificamente na agenda da OMS, o que já é um indicativo da preponderância da abordagem legalista até os dias de hoje, na medida em que o órgão mais atuante ainda é o *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC) – Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime. De acordo com informações próprias divulgadas a respeito do seu funcionamento em seu *site* na internet, se apresentam como “um líder global na luta contra as drogas ilícitas e o crime internacional”, tendo como base de trabalho três pilares programáticos:

Projetos de cooperação técnica baseados no campo para incrementar a capacidade dos Estados-membro de neutralizar as drogas ilícitas, o crime e o terrorismo; trabalho analítico e de pesquisa para aumentar o conhecimento e entendimento dos problemas das drogas e do crime e expandir a base de evidências para decisões operacionais e de políticas públicas; trabalho normativo para assistir os Estados na ratificação e implementação dos tratados internacionais relevantes, no

desenvolvimento de legislações domésticas sobre drogas, crime e terrorismo, e na provisão de secretariado e serviços substantivos aos corpos baseados em tratados e de governo⁵.

É importante de mencionar que dentre as suas proposições o UNODC sugere abordar o uso de psicoativos e a dependência de substâncias psicoativas como qualquer outro problema de saúde, através da implementação de intervenções preventivas sobre o uso de psicoativos e da implantação de tratamentos para dependência química e serviços de cuidado que sejam baseados em evidências científicas e em padrões éticos.

Até recentemente o papel da Organização Mundial de Saúde em relação às abordagens de saúde do uso de psicoativos e dependência química foi mais no sentido de que é um órgão que trabalha massivamente na divulgação da medicina científica. Falo aqui do papel da OMS de porta-voz global das descobertas das ciências biomédicas, nos mais diversos planos, desde terapias, medicamentos, gestão de saúde pública, pesquisa, prevenção, etc. Esta é uma organização de gestão de questões globais da saúde pública e, além disto, tem um importante papel em difundir e patrocinar pesquisas científicas na área biomédica, além de todo o trabalho desenvolvimentista, assistencialista, de promoção de saúde pública, de questões de direitos relacionados à saúde, e de criação de políticas públicas. É com o respaldo da biomedicina – também, obviamente, de gestores, economistas, cientistas de outras áreas que envolvem saúde pública –, que a OMS pode considerar e divulgar interpretações da saúde sob uma perspectiva global, influenciando a maneira pela qual as nações interpretam os fenômenos da saúde e impulsionando a cooperação internacional.

A OMS, com o mandato e o sistema de governança de um organismo multilateral, não possui poder de *retaliação* ou de *punição* aos Estados-membro, mas possui um poder normativo ao elaborar conjuntos de protocolos e normas de gestão da saúde. O que quer dizer que um conjunto de declarações científicas endossadas pela organização pode assumir a faceta de norma, dada a prevalência do discurso científico em alguns assuntos, como na questão da saúde. É neste sentido que interpreto as pretensões globalistas da OMS em relação à saúde, não apenas na difusão de um direito universal, mas principalmente na implicação de todas as nações do globo na promoção da saúde

⁵ Esta e outras informações sobre este órgão podem ser encontradas *on-line* em seu *site* de internet: <<http://www.unodc.org/unodc/en/about-unodc/index.html?ref=menutop>>. Acessado em 01/06/2014.

global focando, sobretudo, nas doenças infectocontagiosas e nas realidades dos países mais pobres.

Não pode ser ignorado que tanto a OMS quanto a medicina científica cada vez mais abordam a saúde a partir de um ponto de vista idealístico, partindo de um *ideal de saúde*, que passa pela medicina preventiva e pela abordagem que visa a evitação dos riscos e vulnerabilidades, na perspectiva da saúde pública. É praticamente uma imposição *ser saudável*, ou então, já que muitos problemas de saúde são possíveis de prevenir, é praticamente inadmissível deste ponto de vista ideal que eles ocorram. Castiel e Álvarez-Dardet (2007) usam o termo “saúde persecutória” para falar de certa obsessão contemporânea com a saúde preventiva (preditiva) ou promoção da saúde, que buscam prever e evitar possíveis problemas de saúde através da ideia de *risco*. Os autores dizem também que a prevenção/precaução está se tornando imperativa na atualidade, pois se projeta no futuro a gestão de diferentes aspectos da vida:

[A] prevenção dos riscos tem suas ambivalências, segundo julgamentos eventualmente imponderáveis – podem supor medidas esperadas ou ações urgentes. O princípio da prevenção/precaução pode ser utilizado para manipular situações de acordo com as circunstâncias e os interesses em questão (...) promoção da saúde hegemônica pode ser interpretada como uma política persecutória de neohigiene, de forte conteúdo moral com vistas à longevidade, sob a perspectiva de que nos mantenhamos no interior da economia globalizada de acordo com a perspectiva do mundo racional da produtividade, da geração de riquezas e do consumo” (Castiel; Álvarez-Dardet, 2007, p.464-65).

Ivan Illich (1999) foi outro autor que escreveu sobre a obsessão humana pela *saúde perfeita* que foi se desenvolvendo nos últimos séculos, ao dizer que no contexto contemporâneo:

(...) o ser humano que precisa de saúde é considerado como um subsistema da biosfera, um sistema imunológico que deve ser controlado, ajustado, otimizado, como ‘uma vida’. Não é mais questão de colocar luz sobre o que constitui a experiência do ‘ser vivo’. Através da redução a uma vida, o sujeito cai em uma vida que o sufoca”. Em outro trecho de seu texto o autor diz que “tal ‘saúde’ não é mais sentida. É uma ‘saúde’ paradoxal. ‘Saúde’ designa um *optimum* cibernético. A saúde se constitui como o equilíbrio entre o macro-sistema sócio-ecológico e a

população de seus subsistemas do tipo humano. Ao se submeter à otimização, o sujeito se nega (Ilich, 1999).

Este ideal de saúde, como aponta Martins (2004, p.20), pode ser alienante e submissivo ao poder médico. E a autonomia enquanto uma “assunção de si de corpo e alma (...), que respeite a realidade presente de cada um”, se perde. Nas suas palavras:

O ideal de saúde da Medicina ‘científica’ – que em geral a define como ‘ausência de doença’ – segue o famoso modelo cartesiano que concebe o corpo como uma máquina, devendo ser consertada caso dê algum defeito. Este modelo ignora ou menospreza o fato de que não há a tal máquina perfeita em relação à qual se saberia que outra estaria defeituosa. Em outras palavras, ignora ou quer ignorar que não existe perfeição, e que nosso corpo não é uma máquina, um mecanismo, mas um complexo vivo e singular. A Ciência (...) é bem vinda para obter um conhecimento universalizável deste corpo somatopsíquico complexo e intensivo; mas é igualmente importante entendermos que não somos o resultado da abstração científica, que abstrai singularidades para reter apenas traços muito gerais de nosso corpo. (Martins, 2004, p.27)

O que nos leva à constatação de que um diagnóstico médico não necessariamente é menos normativo do que a abordagem criminal. Não necessariamente condiz com mais autonomia individual e subjetiva para os pacientes diagnosticados. Depende muito do que consiste especificamente o diagnóstico, quais as características da doença e da proposta terapêutica, e quais as implicações morais e sociais dessa categorização patológica. O diagnóstico médico deve ser interpretado como uma ação de poder e classificação, que não apenas nomeia realidades biopsicológicas. Ele também cria categorias de indivíduos que são agrupados a partir de características não necessariamente isentas de conotação moral ao mesmo tempo em que reforça o próprio papel de poder da medicina científica. Como aponta Rosenberg:

O diagnóstico é central para a definição e o manejo do fenômeno social que nós chamamos de doença. Constitui um ponto indispensável de articulação entre o geral e o particular, entre o conhecimento acordado [*agreed-upon*] e sua aplicação. É um ritual que sempre ligou médico e paciente, o emocional e o cognitivo e, ao fazer isto, tem legitimado a autoridade dos médicos e do sistema médico ao mesmo tempo em que facilita decisões clínicas particulares e provê significados culturalmente

acordados para experiências individuais. Não apenas um ritual, o diagnóstico é também um modo de comunicação e assim, necessariamente, um mecanismo estruturando interações burocráticas (...) O diagnóstico rotula, define e prevê, e ao fazer isto, ajuda a constituir e legitimar a realidade a qual discerne (Rosenberg, 2002, p.240).

Quando esse diagnóstico está ligado diretamente a práticas que são socialmente reprimidas e criminalizadas de antemão, ele pode significar mais do que uma simples indicação terapêutica. O uso de substâncias psicoativas já não desperta a simpatia geral da sociedade brasileira, ainda bastante centrada na visão proibicionista. E quando esse uso é abordado pela via da patologia, outros fatores agravantes entram em ação, aí relacionados com algumas características que são apontadas como recorrentes em dependentes químicos. Não deixa de ser uma “categoria de acusação”, que acarreta em estigma social (Goffman, 1975). Neste sentido, a respeito da história da denominação de *addict* ou dependente químico, Brodie e Redfield fazem o seguinte paralelo ao tratarem da primeira vez em que a palavra *addiction* se referiu ao uso de substâncias psicoativas no dicionário *Oxford*, em 1906:

Como [a categoria] ‘homossexual’ com o qual ele(a) tem sido frequentemente ligado, o dependente [*addict*] emergiu com o desenvolvimento, pouco mais de um século atrás, de um discurso médico-legal capaz de remodelar a identidade humana na linguagem da patologia. Através de boa parte da história dos Estados Unidos os norte-americanos beberam prodigiosamente, mas ninguém rotulava tal comportamento como uma doença capaz de controlar a vida do bebedor. Um entendimento similar sobre o uso de ópio enquanto um comportamento ou vício mais ou menos digno de observação, e não o núcleo de uma identidade desviante ou patológica, era a norma nos Estados Unidos e Inglaterra até o fim do século dezenove (...) não foi antes do começo do século vinte que o espectro do dependente químico se tornou uma grande preocupação na consciência pública e retórica de reforma norte-americana (Brodie; Redfield, 2002, p.2-3).

Em outra passagem, os mesmos autores dizem que o começo do séc. XX foi, “com certeza, uma era notável para identidades em construção baseadas no que era considerado uma doença (o homossexual é talvez o mais conhecido exemplo) (Brodie;

Redfield, 2002, p.22). Ou seja, é em um determinado momento histórico que o conceito de *addict*, ou dependente químico, passa a ser difundido na linguagem, nos ambientes, discursos e práticas científicas, terapêuticas e jurídicas. Ao mesmo tempo, é um termo que passa também a permear a *cultura*. Torna-se uma categoria social/cultural que pode ser acionada em diferentes contextos com diferentes desdobramentos práticos, mas sempre com o objetivo de nomear, praticar, classificar um *outro*, uma *alteridade*. A transferência de abordagem da esfera puramente legal/punitiva para a da saúde/científica não necessariamente foi acompanhada por uma desestigmatização e maior autonomia para os usuários, na medida em que o ideal da saúde decorrente desses modelos não deixa de ser também normativo no sentido foucaultiano.

A partir do começo do séc. XX, então, vemos o surgimento da noção de dependência química (*addiction*) como uma patologia localizada na relação de um organismo biológico humano e uma ou mais substâncias psicoativas, mas também como um fenômeno essencialmente social/cultural. Novamente, está relacionada ao surgimento do que Foucault chamou de “sociedade disciplinar”. É uma característica da era moderna que habita a própria noção humanista de cultura, como ressaltam novamente Brodie e Redfield:

Muito pode ser dito, então, desta súbita patologização e criminalização do hábito: ocorreu como parte da emergência, por um lado, de uma sociedade disciplinar em que tipologias de desvio têm grande importância nas operações de poder e, por outro lado, de uma sociedade de consumo na qual identidades e desejos se tornam sintonizados à serialidade repetitiva da produção de mercadorias (...) Dependência [*addiction*], como cultura, pertence enquanto conceito aos regimes técnicos e sociais da era moderna (...) Como a noção de cultura, então, que se expande facilmente para nomear a totalidade de um grupo cultural ou a da humanidade inteira, a peculiar, recente, e extremamente cultural noção de dependência possui uma força generalizante que necessita ser levada em conta. Nós podemos sugerir que esta força generalizante é aquela própria da cultura por si mesma: que o mito humanista de cultura contem dentro de si mesmo algo como o que Freud chamou de ‘pulsão de morte’ – a dependência do processo repetitivo, uma necessidade por certa alteridade ou intoxicação (Brodie; Redfield, 2002, p.4-5).

Ainda ficando com o livro que os autores citados acima organizaram em conjunto, que trata da relação entre os conceitos de *culture* e *addiction*, principalmente

no que toca às sociedades norte-americana e britânica do séc. XX, são apresentados vários exemplos da literatura científica, ficcional e do cinema nos quais a figura do *addict* (dependente químico) e da *addiction* (dependência química) são os principais elementos. São comentários sobre produções artísticas, culturais, nas quais é possível de perceber a disseminação e intermináveis apropriações e associações desse conceito biomédico com a própria ideia mais geral de cultura.

Voltando da digressão sobre algumas possibilidades de apropriação social e cultural do conceito de dependência química, onde procurei mostrar o quão entranhado ele está na maneira moderno-contemporânea globalizada de viver, retomo a ideia de que é um conceito bastante maleável e que foi *globalizado*, em termos de disseminação, através de organismos multilaterais, tratados internacionais pautados em discursos e práticas técnico-científicas. Especificamente, quando se trata dos critérios modernos de definição dos *problemas de saúde* associados ao uso de substâncias psicoativas, são utilizados dois manuais de referência, advindos da biomedicina científica, que os classificam dentro dos parâmetros que apresento a seguir.

A Organização Mundial de Saúde, através da Classificação Internacional de Doença versão 10 (CID-10) usa os seguintes critérios para definir os problemas e patologias relacionados ao uso de substâncias psicoativas: usa-se o termo *uso nocivo* para identificar padrões de uso que resultam ou tenham resultado em danos físicos ou mentais à saúde sem que os critérios para *dependência* sejam preenchidos. Já o diagnóstico de *dependência* só pode ser feito se três ou mais dos seguintes critérios forem detalhados ou exibidos no último ano (apresento resumidamente): 1) compulsão (forte desejo); 2) perda do controle (em termos de início, término e níveis de consumo); 3) síndrome de abstinência (abstinência fisiológica ou uso para aliviar sintomas de síndrome de abstinência); 4) evidência de tolerância (doses crescentes para alcançar efeitos antes produzidos com doses menores); 5) abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos (em favor do uso da substância psicoativa); 6) persistência do uso a despeito de evidência clara de consequências manifestamente nocivas – danos ao fígado, depressão, comprometimento cognitivo, todos em decorrência do consumo de alguma substância (OMS, 1995).

Já a Associação Psiquiátrica Americana, através do Manual de Diagnóstico Estatístico versão 4 (DSM-IV), a respeito da determinação de patologias e outros problemas associados ao uso de psicoativos, caracteriza o *abuso de substâncias* como:

consumo contínuo, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes, causados ou aumentados pelos efeitos da substância; uso recorrente em situações nas quais isso representa um perigo físico; uso recorrente que resulta em negligência de obrigações no trabalho, escola ou em casa; problemas recorrentes relacionados a questões legais. No DSM IV a definição de *dependência de substâncias* requer para fins de diagnóstico médico a manifestação de três ou mais dos seguintes critérios a qualquer momento em um período de um ano: 1) tolerância (necessidade de quantidades progressivamente maiores ou acentuada redução do efeito com uso continuado da mesma dose); 2) síndrome de abstinência (síndrome de abstinência característica de uma substância ou uso da mesma ou substância ou similar para aliviar sintomas de abstinência); 3) perda de controle (desejo ou esforço mal sucedido em diminuir ou controlar o uso); 4) perda de controle (consumir maior quantidade ou durante mais tempo que o desejado); 5) redução de atividades sociais, ocupacionais ou recreativas em função do uso da substância; 6) muito tempo gasto em atividades necessárias para obtenção e utilização da substância e recuperação dos efeitos; 7) uso contínuo da substância, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente, que tende a ser causado ou exacerbado por ela (APA, 2002).

O que fica claro em ambas as definições é que a *perda de controle e o uso contínuo apesar de danos* são os principais fatores que identificam o diagnóstico biomédico da dependência química. Em outras palavras, pode-se dizer que se trata de um distúrbio compulsivo relacionado a uma prática específica. Fazendo a comparação com outros distúrbios compulsivos que também são tratados pela biomedicina e grupos de ajuda mútua, por exemplo, como compulsão por sexo e/ou amor⁶, compulsão por jogo⁷, compulsão por comer⁸, compulsão por compras⁹, por internet¹⁰, ou mesmo por ingestão de álcool, a diferença primordial é que não são práticas que por si só são consideradas de antemão como *problemáticas* ou passíveis de algum tipo de intervenção. O consumo de substâncias psicoativas ilícitas é considerado passível de intervenção, hoje, em nome da saúde e da moral, mesmo em situações que não

⁶ Quadland (1985); Schneider (1994); Griffin-Shelley (1997); Gold e Heffner (1998); Wolfe (2000); Sussman (2010).

⁷ Rosecrance (1985); Blume (1987); Dickerson (1990); Lesieur (1992); Blanco *et al.* (2001).

⁸ Green e Rau (1974); Rothenberg (1986); Wardle (1987); Mills *et al.* (1998).

⁹ Black (1996); Lee e Mysyk (2004); Kellet e Bolton (2009); Lejoyeux e Weinstein (2010).

¹⁰ Greenfield (1999); Beard (2005); Chou *et al.* (2005); Young (2007, 2009); Weinstein e Lejoyeux (2010).

relacionadas à dependência. Creio que seja bem mais difícil de ocorrer a prática interventiva com alguém que tenha feito sexo, jogado por dinheiro, bebido álcool ou amado alguém, a não ser em situações de compulsão, que é uma das características essenciais da dependência química.

Transpondo esses modelos de patologia para os contextos empíricos nos quais a presente pesquisa de campo a respeito da rede de atenção em saúde para dependência química se desenrolou é necessário fazer apontamentos para as definições ou apropriações não biomédicas do diagnóstico com as quais tive contato. Os grupos de Narcóticos Anônimos usam uma noção própria e pragmática de “adicção” interpretada como uma doença incurável e cujos sintomas se aproximam daqueles identificados pelos manuais biomédicos, como demonstrado pela passagem que identifica um “adicto [como] uma pessoa cuja vida é controlada pelas drogas” (Narcóticos Anônimos, 1993, p. 3). O grupo se preocupa mais em definir passos para a “recuperação” do que detalhadamente explicar características diagnósticas, mas fica claro que partiram, desde o princípio, do modelo de patologia da biomedicina, no mínimo para dizer que se trata de uma *doença*. Da mesma forma a Comunidade Terapêutica a qual mantive contato usa pragmaticamente as definições de dependência dos manuais biomédicos apresentados logo acima para, a partir disso, apresentar sua proposta terapêutica.

Chamo atenção agora para o fato de que alguns estudos científicos que ajudaram a formatar esses modelos biomédicos patológicos de dependência foram construídos primeiramente através de pesquisas com animais de laboratório¹¹. Ou então com estudos clínicos de indivíduos retirados da vida social, em um contexto laboratorial. Há críticas recentes que apontam para vieses bastante específicos dessas pesquisas. Por exemplo, o fato de que faltava aos animais que passaram a apresentar características da dependência química – na medida em que se auto administravam doses crescentes de alguma substância até a morte – outros estímulos interacionais-sociais e de recompensa que competissem com a substância psicoativa. Trata-se, na maioria dos casos, de animais dentro de uma jaula com dois estímulos possíveis: água ou um composto diluído de cocaína. Seria como tirar os usos de psicoativos de qualquer

¹¹ Não pretendo discutir os méritos ou desvantagens desse tipo de pesquisa, apenas ressaltar para sua existência e importância dentro do contexto biomédico de pesquisa sobre dependência química, principalmente a respeito dos aspectos neurobiológicos, neuropsiquiátricos, genéticos e correlatos. Os seguintes trabalhos apresentam um panorama geral sobre o assunto: Wolffgramm *et al.* (2000), Gardner (2000), Andreatini (2002), O'Brien e Gardner (2005), Olmstead (2006).

referência sociocultural, no sentido de que as substâncias estão à disposição o tempo todo sem custos ou dificuldades e também no sentido de que não há alternativas de ação, o campo de ação é limitado. A relação com usos humanos em ambientes socioculturais poderia ser comparável, no máximo, com usos em contextos de extrema vulnerabilidade, nos quais não há reforços positivos (como trabalho, lazer) ou negativos (preço) regulando a intensidade e recorrência dos usos de psicoativos.

Ahmed (2010) coloca as seguintes questões a respeito da validação ou transposição para os contextos humanos desse tipo de pesquisa com animais: “[os resultados] são sintomáticos de um estado de dependência subjacente ou meramente uma resposta esperada à falta de escolha?” Também diz que esta incerteza obscurece muitas mudanças comportamentais e neurobiológicas que foram documentadas em animais após auto administração de drogas por longos períodos. Essas alterações, então, “refletem disfunções patológicas ou adaptações neurobiológicas normais?”. Em uma recente entrevista concedida ao jornal *The New York Times*, o neurocientista Carl Hart se vale de um raciocínio parecido para dizer o seguinte:

O fator chave é o ambiente, estejamos falando sobre humanos ou sobre ratos. Os ratos que continuam pressionando a alavanca por cocaína são aqueles que estão estressados porque eles cresceram em condições solitárias e não possuem outras opções. Mas quando você enriquece o ambiente, e os dá acesso a doces e os deixa brincar com outros ratos, eles param de pressionar a alavanca (Tierney, 2013).

Este pesquisador da universidade de Columbia, nos Estados Unidos, aponta para outro ponto interessante na mesma entrevista. Recentemente ele lançou um livro intitulado *High Price* (Hart, 2013), no qual ataca vários mitos em torno do uso de psicoativos ilícitos, demonstrando o quão longe da realidade muitas vezes eles estão. Baseado em pesquisas recentes com usuários de crack e meta-anfetamina e em sua própria experiência de vida tendo crescido em uma vizinhança pobre da cidade de Miami, ele tem o seguinte a dizer sobre a supervalorização da abordagem patológica nas pesquisas e intervenções da medicina científica:

Oitenta a noventa por cento das pessoas não são negativamente afetadas pelas drogas, mas na literatura científica aproximadamente cem por cento dos trabalhos são negativos. Há

um foco enviesado na patologia. Nós cientistas sabemos que conseguiremos mais dinheiro se continuarmos dizendo ao Congresso que estamos resolvendo este terrível problema. Nós desempenhamos um papel menos que honrável na guerra às drogas (Tierney, 2013).

A questão principal aqui é que esses sintomas identificados pelas ciências biomédicas e disseminados pelos organismos multilaterais hoje instruem as políticas públicas de muitos países sobre o tema, incluindo o Brasil. E justamente por usarem algum tipo de método/técnica para identificar e tratar de um fenômeno patológico, tanto do ponto de vista científico-metodológico quanto do ponto de vista *ontológico*, recortam a realidade de determinada maneira, isolando determinadas características para poder *colocar em ação* a dependência química a partir dessas categorizações que tornam a boa saúde um pressuposto moral. Como diz Law, “O argumento não é mais de que métodos *descobrem* e retratam realidades. Ao invés disso, é de que eles participam da *promulgação* dessas realidades” (Law, 2004, p.45).

Não estou aqui chamando de ficção ou *mito* a ideia de dependência química enquanto doença tal qual é praticada pelas ciências biomédicas e outros modelos terapêuticos. Juntamente com John Law afirmo que não apenas *narram* ou *descrevem* uma realidade, mas a *colocam em ação* (*enact*) *na prática*, performatizam-na e isto não está isento de interferência ou desdobramentos políticos e de outra natureza. Interessa-me desvelar, posteriormente, a partir do material coletado no trabalho de campo, quais tipos de associações entre atores sociais podem se estabelecer para *performatizar* ou *colocar em ação* a dependência química em casos individuais, no decorrer de histórias de vida específicas. Outra citação de Law diz o seguinte:

Já que as investigações das ciências sociais (e naturais) interferem com o mundo, de uma maneira ou de outra fazem a diferença, [seja] politicamente ou de outras maneiras. As coisas se modificam como resultado. O problema, então, não é procurar desengajamentos [desconexões, rupturas], mas sim como engajar [conectar, ligar]. É sobre como construir [compor, criar, fazer] boas diferenças em circunstâncias nas quais a realidade é incognoscível e generativa (Law, 2004, p.7).

Trazer os modelos diagnósticos e terapêuticos de dependência química para o âmbito das políticas públicas quer dizer instituir legal e socialmente uma patologia e, ao mesmo tempo, determinada posição de alteridade ou papel social de doente. Muito

diferente, dados os contornos político-morais que envolvem as práticas que podem desencadear a dependência química, de instituir políticas públicas para o tratamento de doenças cardíacas, diabetes, entre outras. Além de todo o exposto até o momento, a dependência química conta normalmente com pouco engajamento dos pacientes. Mas diferentemente das mesmas doenças citadas, que muitas vezes contam com baixa adesão de tratamento também, a *falta de engajamento terapêutico* ou *resistência em reconhecer a condição patológica* é considerada como manifestação de um sintoma da própria patologia, no caso da dependência química. E este é também considerado um determinante para o sucesso da maioria dos tratamentos que demandam abstinência, o que por sua vez significa normalmente uma mudança drástica de estilo de vida e entorno social e interacional.

Pensando aqui, de maneira geral, na ideia de *sick role* – papel de doente – desenvolvida por Parsons (1951) dentro de sua abordagem estrutural-funcionalista da sociedade, é importante lembrar que este autor considera a saúde como um pré-requisito funcional da sociedade. A ideia de *sick role* abarca os aspectos sociais do *estar doente*, contemplando os privilégios e obrigações que advém do mesmo. Williams (2005) diz que do lado dos direitos, o paciente é isento de obrigações sociais normais e não é considerado culpado por estar doente. Do lado das obrigações, o paciente deve procurar ajuda técnica competente e deve querer ficar bem. Este autor ainda diz que o *sick role*

serve para desencorajar os ganhos secundários com o adoecimento e prevenir o que Parsons, por bem ou por mal, vê como uma subcultura desviante do adoecimento que pode se formar desse conjunto de direitos e obrigações, sendo o objetivo [do *sick role*] reintegrar o indivíduo de volta à sociedade através de um retorno às capacidades sociais normais o mais rápido possível (Williams, 2005, p.124).

Quando nos referimos a problemas relacionados ao consumo de psicoativos, então, é necessário exercitarmos nosso poder de relativização e tensionar alguns conceitos. Isso porque é possível de identificar as próprias práticas enquanto problemáticas e deterioradoras da saúde e das relações sociais, como nas definições apresentadas acima – noções biomédicas ou técnico-terapêuticas, relativas à ideia de doença, como *uso nocivo*, *abuso*, *dependência* ou *adição*. Mas também se podem identificar usos problemáticos cujas consequências negativas, principalmente para a saúde biológica, não são necessariamente diretas em um primeiro momento – como

dirigir embriagado, praticar violência sob o efeito de algum psicoativo, se envolver em atividades criminosas para sustentar as práticas, ou simplesmente portar ou usar uma substância ilegal – e ser flagrado – em países com regime proibitivo, acarretando em problemas legais que podem decorrer a partir do flagrante policial. De qualquer forma, trata-se de usos problemáticos que não estão necessariamente associados à ideia patológica de dependência, embora ainda possam ser vistos como passíveis de algum tipo de intervenção dentro dos modelos normativos de controle social.

Até que ponto uma intervenção ou abordagem de saúde em termos de tratamento faz sentido nesse tipo de contexto? Estamos, no Brasil, vivenciando na última década um modelo de transição da abordagem estritamente jurídico-criminal para a abordagem da saúde. A partir disso, como podemos fazer para preencher esse *gap* ou *curto circuito* que existe já que a legislação não pode ser dita como descriminalizada ou legalizada – quando se refere ao uso de determinadas substâncias psicoativas – ao mesmo tempo em que não julga mais o usuário nessas práticas não legais dentro do aparato jurídico-criminal? Em outras palavras, as práticas ainda são ilegais, mas não mais punidas dentro do sistema da justiça criminal. Em termos de gestão social dos usos de psicoativos, o que ocorre? Qual o movimento que observamos no decorrer do final do séc. XX?

Não se deixa na mão dos indivíduos consumidores o controle sobre seus próprios hábitos, no sentido de uma autogestão, mas transfere-se o controle para a área da saúde, que incide sobre os usuários de psicoativos afirmando que não pode haver práticas dessa natureza isentas de riscos. E para proteger a vida social e biopsicológica dos cidadãos, o estado, em conjunto com as ciências e outras técnicas terapêuticas, devem intervir. Oferecendo uma rede de atenção em saúde, medindo e controlando as práticas de uso de psicoativos através da esfera normativa da saúde. Os usos de substâncias ilícitas, mesmo que em padrões não dependentes, podem ser considerados problemáticos e passíveis de intervenção em saúde. Deixa-se, desta forma, de patologizar apenas a morbidade, e se patologiza também o hábito.

2.3 Sobre o “uso normal” de substâncias psicoativas

Hoje podemos dizer que há uma extensa bibliografia antropológica que trata de modalidades *não problemáticas* de uso de substâncias psicoativas ou, em outras palavras, de um *uso normal*. As práticas de manipulação da subjetividade através do uso de substâncias psicoativas são recorrentes através da história humana em épocas, locais e contextos bastante diversos, contemplando usos tradicionais ou rituais, medicamentosos e mesmo recreativos, além dos *usos patológicos* identificados pelas ciências biomédicas e dos *usos ilegais* apontados pelo aparato jurídico/policial na contemporaneidade. Em outras palavras, falar de uso de psicoativos é usar um termo generalizante para falar de uma infinidade de práticas específicas, cada uma delas materializada na conjunção dos fatores *substância, indivíduo e contexto sociocultural*. Carneiro relaciona o uso de psicoativos na contemporaneidade a uma “crescente plasticidade da subjetividade humana que se espelha em diversos meios técnicos para buscar a alteração de si, dos estados de consciência, cognição, afetividade e humor” (Carneiro, 2008, p.77).

Nesta esteira, junto com o uso de psicoativos, o autor considera outras formas de alteração da consciência por meios técnicos na atualidade, como a televisão, a realidade virtual e os meios de comunicação eletrônicos, e coloca no centro deste debate a questão da autonomia e da heteronomia na gestão dessas práticas. Ele também considera que na contemporaneidade existe um grande aumento das potencialidades do “exercício autonômico sobre si” – materializados nas técnicas de alteração da consciência – e, paradoxalmente, “uma perda da capacidade de julgar e agir por si próprio” – que, no caso do uso de psicoativos, se materializa no fato de que as substâncias que podem ser consumidas dependem de prescrição médica – com exceção do álcool.

Alguns trabalhos clássicos da antropologia que abordam os usos de substâncias psicoativas e/ou alucinógenas a partir dos estudos de rituais, de xamanismo, e usos religiosos, devem ser citados aqui, tais como Lévi-Strauss (2003), Aberle (1966), Meyerhoff (1975), du Toit (1977). Estudos mais recentes sobre esses mesmos contextos de uso de substâncias psicoativas também merecem menção, como Labate e MacRae (2010) e Papadimitropoulos (2009).

Mas não se tratam de trabalhos que estudaram os usos de psicoativos enquanto um recorte temático da realidade, mas em contextos coletivo-rituais específicos. Naquele outro sentido, alguns estudos dentro das Ciências Sociais hoje são

considerados pioneiros no trato do assunto, como Willis (1976), Becker (1973), Velho (1998), Perlongher (1988), MacRae & Simões (2000). Estes demonstram que mesmo no caso das substâncias ilícitas mais comuns na atualidade existem modalidades de consumo não doentias ou dotadas de significação, em oposição à situação de dependência química ou de uso problemático. Outros autores contemporâneos vêm se engajando em tentar defini-las a partir de uma visão menos contaminada pela interpretação biomédica ou legalista.

Como Vargas, que diz que “tal exploração propõe que as drogas sejam consideradas como uma categoria complexa e polissêmica que recobre e reúne (...) matérias moleculares as mais variadas” (Vargas, 2008, p.41). Além disso, o mesmo autor considera essas matérias moleculares objetos sócio-técnicos que comportam diferenças apenas no âmbito relacional e nunca absoluta ou essencialmente. E, junto com Deleuze e Guatarri, Vargas também diz que como as armas, esses objetos sócio-técnicos permanecem indeterminados “até que sejam reportados aos agenciamentos que os constituem enquanto tais” (Vargas, 2008, p.41). Ou seja, se existe algum tipo de problema relacionado a essas práticas ele reside exatamente nos agenciamentos que se configuram com ou a partir das substâncias, e não nestas *per se*.

Em outro texto o mesmo autor aponta para a ocorrência de *eventos*, identificados pelo termo *onda*, durante as práticas de uso de psicoativos. Para Vargas estas práticas constituem “modos singulares de engajamento no mundo, nos quais as substâncias são mediadoras indispensáveis para a produção de alterações” (Vargas, 2006, p.584). O autor considera que esses modos de engajamento no mundo seriam pautados por outro tipo de interpretação da vida, não mais considerada em *extensão* – como na prerrogativa do ideal biomédico de prorrogar a vida a qualquer custo –, mas em *intensidade* (Vargas, 2006). Esta seria, então, uma maneira de pensar as práticas de uso de substâncias psicoativas fora das leituras biomédicas e jurídico-policiais.

Embasado em trabalho de campo exploratório realizado no ano de 2010 nas ruas da Cidade Baixa – um bairro historicamente boêmio da cidade de Porto Alegre, que hoje é caracterizado por uma grande concentração de bares, restaurantes, vida noturna e no qual é bastante comum um tipo de sociabilidade de rua – e articulando os conceitos de *hábito* em Bachelard (1965) e *sociabilidade* em Simmel (1983), pude propor pensar algumas práticas de uso de substâncias psicoativas, independentemente se lícitas ou ilícitas, enquanto *hábitos de sociabilidade*, principalmente aquelas desenroladas em um

contexto coletivo, público ou semi-público (Loeck, 2011). São práticas ou mesmo hábitos de sociabilidade que são mediados pelo uso de substâncias psicoativas como álcool, maconha e cocaína. O consumo das substâncias não necessariamente é o objetivo último, único ou principal, mas como sugere Vargas (2006), atua como mediador – no sentido latouriano, de que *faz fazer* – da própria sociabilidade, esta sim o elemento mais importante. Mesmo no caso da maconha e cocaína, substâncias ilícitas no Brasil, pude observar que há uma tolerância ao uso público no perímetro do bairro boêmio, desde que respeitadas algumas regras implícitas de conduta. A maconha é fumada em pontos discretos das ruas, a cocaína inalada nos banheiros de bares, telefones públicos ou dentro de carros, e o álcool é o grande mediador da própria sociabilidade de vida noturna no bairro.

A já citada tese de doutorado de Gilberto Velho (1998) é outro exemplo, com o retrato de um grupo de classe média alta, integrados socialmente, consumindo maconha, álcool e cocaína em situações de sociabilidade, como eventos sociais, festas ou reuniões em grupo; além disso, apresenta um grupo de jovens surfistas consumidores de maconha. Pode-se citar também o trabalho de Becker (1973) sobre o aprendizado que envolve o tornar-se um usuário de maconha. Ou então Fernandez (2007), que demonstra esses aspectos relacionados a usuários de cocaína na cidade de São Paulo, abordando tanto padrões de uso problemático quanto padrões de uso recreativo entre pessoas socialmente integradas, que não se envolvem em problemas relacionados ao uso da substância. Seu trabalho aponta para os rituais de uso, os ambientes e as maneiras de consumir cocaína em grupos sociais diversos, os controles sociais introduzidos por estes grupos, entre outros assuntos. A tese de doutorado de Fiore (2013), que foca no consumo de psicoativos de indivíduos socialmente integrados a partir do trabalho de campo com dois grupos de pessoas com que o pesquisador manteve contato no decorrer de sua vida, é um dos esforços mais recentes nesta linha temática.

Com isto quero dizer que hoje é impossível de se pensar em uma grande cidade, um ambiente urbano e cosmopolita, no qual não circulem uma gama de substâncias psicoativas e que não conviva com práticas de entorpecimento, sejam relacionadas a substâncias lícitas ou ilícitas e sejam usos considerados *normais*, *problemáticos*, ou mesmo *patológicos*. Porto Alegre, por exemplo, possui mais de uma região de concentração boêmia onde o consumo de álcool é o motor da sociabilidade, e também muitas outras regiões, normalmente em bairros periféricos, onde ocorre o

comércio das substâncias ilícitas mais consumidas no Brasil: a maconha, a cocaína e o crack. Estejamos falando de locais de compra e venda, “bocas de fumo¹²”, de agrupamentos de pessoas em situação de extrema vulnerabilidade que formam “cracolândias¹³”, ou mesmo locais como o bairro boêmio citado acima, no qual a circulação e o consumo de álcool é o principal motor de sociabilidade e há uma tolerância com a circulação de algumas substâncias ilícitas, ainda que implicitamente estabelecida.

Ou seja, o consumo de substâncias psicoativas é um fato social, econômico, subjetivo, patológico, político, moral, etc. Essas práticas devem ser reportadas ao conjunto de relações (associações) que as sustentam em cada momento para que seja possível de determinar se se tratam de *bons* ou *maus* usos. Independentemente de legislações restritivas e de possíveis problemas que podem surgir a partir desses usos, eles simplesmente ocorrem. E mesmo estudos estatísticos epidemiológicos, construídos para *mapear*, *buscar*, e *colocar em ação* os usos problemáticos e patológicos, demonstram que a grande maioria dos usuários de substâncias psicoativas não desenvolve padrões de uso característicos da dependência química.

O mais recente levantamento completo sobre o uso de substâncias psicoativas em nível nacional data de 2005 (Carlini *et al.*, 2006)¹⁴ e demonstra que para a categoria *uso na vida* o álcool lidera disparado como substância mais experimentada (74,6% dos entrevistados), seguido pelo tabaco (44%), maconha (8,8%), solventes (6,1%), benzodiazepínicos (5,6%), sendo que a cocaína (2,9%) e o crack (0,7%)¹⁵ apresentam baixa incidência. Na categoria *uso no mês*, que poderíamos interpretar como representando os consumidores habituais ou costumeiros de alguma(s) substância(s),

¹² Para autores que analisam a associação entre criminalidade, violência, tráfico de drogas e bairros periféricos (pobres) no Brasil, sugiro a consulta aos seguintes trabalhos: Misse (1997), Minayo e Deslandes (1998), Zaluar (2002; 2004), Adorno (2008).

¹³ Referência de trabalhos sobre espaços identificados como “cracolândias” em diferentes cidades: Raupp e Adorno (2011), Adorno et al. (2013), Rui (2012; 2013).

¹⁴ Existem dados mais recentes, do ano de 2012, mas ainda não foram divulgados em sua totalidade, como o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) (Laranjeira *et al.*, 2014), realizado pelo Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD), da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Estes números não são apresentados aqui comparativamente aos citados acima porque não compartilham dos mesmos pressupostos metodológicos. Basta dizer que para o argumento construído, sobre a incidência de dependentes em relação a usuários não-dependentes, a correlação é bastante próxima. Os resultados parciais do II LENAD podem ser acessados em <<http://inpad.org.br/lenad/>>. Acessado em 01 jun. 2014.

¹⁵ Em termos de consumo de crack, os dados mais recentes foram divulgados no final do ano de 2013 pela FIOCRUZ, estimando que 370 mil pessoas façam uso regular de *crack* nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal (Pimentel, 2013).

novamente temos maior prevalência do álcool (38,3%), seguido pelo tabaco (18,4%), maconha (1,9%), benzodiazepínicos (1,3%), solventes (0,4%), cocaína (0,4%), crack (0,1%). Quando a categoria *dependência* é apresentada, a mesma ordem de prevalência se repete, com o álcool (12,3%) apresentando o maior número, seguido pelo tabaco (10,1%), maconha (1,2%), benzodiazepínicos, solventes e estimulantes.

No universo deste levantamento estatístico realizado nas cidades com mais de 200 mil habitantes no Brasil, a incidência de *dependentes* em relação a *usuários* e *experimentadores* nos leva à conclusão de que uma grande parte de usuários habituais ou experimentadores não se tornam dependentes. É uma parcela pequena dessa estatística global de usuários de psicoativos, mesmo nos casos com maior incidência como o álcool e o tabaco, que em algum momento entra na categoria *dependência*. Ou seja, é necessário colocar em perspectiva os próprios modelos científicos e/ou técnicos de definição dos usos problemáticos e patológicos de psicoativos porque são metodológica e ontologicamente construídos para definir e colocar em ação realidades patológicas de uso, nas quais o *uso normal* está diretamente ligado à ideia de *dependente em potencial*. Por exemplo, para aqueles que responderam a pesquisa citada acima, não era possível estar em mais de uma categoria ao mesmo tempo. Não é possível de medir até que ponto aqueles que entraram nas categorias de uso problemático ou de dependente químico fizeram ou não *usos normais* ou positivos das substâncias em outros momentos. É um retrato numérico momentâneo, do qual escapa uma visão processual do uso de psicoativos e da dependência química. Peguemos como exemplo de problematização o tipo de pesquisa citado acima – as pesquisas domiciliares ou estatísticas (*surveys*) sobre usuários e dependentes de psicoativos que colocam em ação uma parte da realidade em detrimento de outros fatores. John Law faz os seguintes comentários sobre tais modelos:

Ao mesmo tempo, como todos os pacotes de compromissos [*package deals*], são de fato padronizados. Você apenas vê partes da realidade social de maneiras particulares, enquanto não enxerga coisas que escapam ao pacote. Ou, de maneira mais incisiva (e agora estamos chegando ao ponto que queremos fazer a respeito da constituição [da realidade]), pode ser que você performatize certos tipos de realidades sociais enquanto não o faz com outros. Você está, na verdade, dando vida a realidades enquanto silencia outras (Law *et al.*, 2011, p.8).

O poder de generalização dos *surveys* ou pesquisas quantitativas sobre usuários de substâncias psicoativas é que, em primeiro lugar, performatiza coletividades que não necessariamente estão agrupadas concretamente, como a dos *usuários de psicoativos*, ou *usuários problemáticos e dependentes químicos*. Penso que é bastante problemático pensar que indivíduos que responderam o questionário e entraram na categoria *usuários de psicoativos* (uma substância qualquer), por exemplo, estando espalhados pelo Brasil – pertencentes a diferentes classes sociais e com diferentes backgrounds culturais – tenham mais coisas em comum do que a sua resposta ao questionário. Trata-se do poder constitutivo do método. Como diz Law, utilizando o exemplo da resposta a *surveys* sobre identidade étnica no Canadá:

A questão aqui não diz respeito a se pessoas identificavam a si mesmas como etnicamente ‘Canadenses’ antes de existirem os relatórios estatísticos oficiais em 1971. Algumas pessoas podem ter se identificado como tal enquanto muitas outras podem ter apenas considerado essa possibilidade de identificação após terem visto a categoria dentro do formulário do censo. [A questão], então, diz respeito a como o método pode ser ativo em constituir pessoas. (Law *et al.*, 2011, p.10).

Na atualidade, no entanto, é possível de observar que mesmo em alguns setores das áreas biomédicas ligadas diretamente às definições patológicas do uso de substâncias psicoativas, como a neurobiologia, alguns pesquisadores estão voltando o olhar para modalidades de consumo *não dependente*, como demonstram Müller e Schumann (2011) em recente artigo no qual apresentam a ideia de *drugs as instruments*. Procurando contestar a premissa das teorias neurobiológicas sobre o uso de psicoativos, que interpreta o *uso não dependente* apenas como um pré-requisito para o desenvolvimento da *dependência*, os autores propõem que “a grande maioria dos humanos não dependentes que consomem substâncias psicoativas como parte normal de suas vidas, usam drogas porque seus efeitos são úteis para seus objetivos pessoais” (Müller; Schumann, 2011, p.295). Há uma convergência com a literatura das ciências humanas apresentada logo acima, a qual interpreta os usos de psicoativos como *mediadores* de situações subjetivas e sociais das mais diversas. Não importa se estamos falando de usos com o propósito de entorpecimento e prazer, ou ainda com o intuito de aumento de desempenho corporal ou subjetivo de alguma natureza, ou mesmo com o objetivo de fuga dos problemas e da realidade cotidiana. O que esses autores apontam é

que o uso de psicoativos *não dependente* ou *normal* pode ser interpretado como uma prática ontologicamente humana.

E aqui, retomando o que foi apontado no item anterior, há complicadores, que são os fatores político/morais que envolvem o consumo de algumas substâncias psicoativas, e que estão diretamente ligados ao controle médico/legal dessas práticas. O editorial de um número do periódico científico *Addiction Research & Theory* dedicado a problematizar o uso normal de psicoativos toca nesse assunto e afirma, inclusive, que pode ser ofensivo para algumas pessoas pensar em uso normal de substâncias ilícitas:

A existência de padrões normais de uso de drogas que não tendam ou se desenrolem em patológico permanece questionável, até ofensiva, para muitas pessoas. De fato, a evidência de pesquisa para tais padrões de uso é insuficiente comparada ao corpo de evidências documentando os danos que incidem, ou podem incidir, a usuários de drogas (Hammersley, 2005, p.201).

O que é possível de sugerir, então, é que os usos problemáticos de psicoativos ou mesmo a dependência química devem ser reportados aos seus agenciamentos – *assemblages*. Trata-se sempre de uma *assemblage*, de um processo, tal qual o uso normal. Para finalizar esta exposição, penso que os usos problemáticos ou dependentes só podem ser relacionados aos usos normais, sempre dentro de uma determinada trajetória pessoal de consumo que não necessariamente condiz na prática com os tipos-ideais dos levantamentos epidemiológicos, mesmo daqueles que conciliam técnicas qualitativas com quantitativas. E este é o primeiro direcionamento para a abordagem das trajetórias de vida de pacientes/clientes de modelos terapêuticos que eu busquei na realização dessa tese.

3 – AS POLÍTICAS PÚBLICAS E O UNIVERSO TERAPÊUTICO NO BRASIL: ENTRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E AS INSTITUIÇÕES COMPLEMENTARES

Na língua portuguesa não temos palavras diferentes para falar sobre diferentes tipos de política. O contexto de uso da palavra parece pontuar o sentido, ainda que em alguns momentos possa soar ambíguo. Normalmente, usamos o termo *política* para identificar os processos de negociação dentro de um governo, mas também para falar de metas partidárias ou organizacionais, e mesmo na política de âmbito doméstico, referente às relações sociais cotidianas. Usamos o mesmo termo para fazer referência tanto aos processos de negociação e embate que caracterizam o jogo político nos seus diversos níveis, quanto para identificar um conjunto de ideias ou plano a ser seguido em determinado momento por um determinado grupo. Já o termo *políticas públicas* é acionado para falar de planos de ação em determinadas áreas, fruto de negociação social ou não, mas que são aplicados pelo Estado. É nesse âmbito que podemos falar do texto das *políticas públicas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas* como um documento instituído em determinado momento histórico que apresenta um plano no qual as ações governamentais devem se basear. A não ser que haja mudanças no texto, tudo que o estado brasileiro coloca em ação ou financia está ou deve estar de acordo com as diretrizes apresentadas nesse documento.

No inglês a diferença entre os termos *policy* – com o sentido de plano sobre o que fazer em situações específicas, acordado oficialmente por um grupo de pessoas, uma organização, um governo ou partido político – e *politics* – enquanto atividade de governo, de negociação em diversos níveis – ajuda melhor a colocar o problema das políticas públicas em questão. Wedel *et al.* (2005) observam que hoje a ideia de *policy* virou um mote para as organizações modernas, governamentais ou não. Mas diferentemente de outros termos como nação, comunidade ou sociedade, ideologicamente carregados, a ideia de *policy* tende a se apresentar como neutra e racional, “uma mera ferramenta que serve para unir meios e fins ou transpor a distância entre um objetivo e sua execução – em suma, uma maneira legal-racional de fazer as coisas” (Wedel *et al.*, 2005, p.37).

Desta forma, pensando no panorama contemporâneo, para Wedel *et al.* (2005, p.33) “o ponto de partida para uma abordagem antropológica das políticas públicas é examinar as prerrogativas e o enquadramento dos debates em torno das mesmas”, uma vez que cada vez mais *policies* de uma natureza ou outra moldam e regulam as condições de toda a nossa existência. Como esse tipo de institucionalização, pelos Estados, de *policies* referentes aos assuntos mais diversos quanto a política para os idosos, políticas para saúde, políticas de inclusão social, política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, etc., criam-se novas categorias de indivíduos. De certa forma, essas categorias não impõem comportamentos aos indivíduos que nelas se encaixam, mas não deixam de supor um comportamento ou configuração de indivíduo normal *ideal*, como apontam os autores. Nas suas próprias palavras, “o poder moderno funciona, em larga medida, não pela bruta imposição da agenda do estado, mas pelo uso da *policy* para limitar a gama de escolhas racionais que alguém pode fazer e para ‘normalizar’ determinados tipos de ação ou comportamento” (Wedel *et al.*, 2005, p.38).

Singer e Castro (2004) sugerem que diferenciemos “antropologia *nas* políticas públicas” de “antropologia *das* políticas públicas”, sendo que o primeiro termo

se refere ao trabalho antropológico projetado para providenciar informação para a utilização pelos formuladores de políticas públicas ou para o desenvolvimento e implementação de intervenções ou outras aplicações que resultam de e são sustentadas por políticas de saúde existentes (...) Por contraste, a antropologia das políticas públicas está preocupada em estudar e acessar o processo de tomada de decisão, as ações e influências sobre os tomadores de decisão, e o impacto das políticas nas vidas humanas (Singer; Castro, 2004, p.xiii).

É com o segundo sentido que a presente pesquisa se identifica em sua abordagem das políticas públicas de saúde. Assim, o fato de existirem políticas públicas específicas relacionadas ao controle e à atenção dos usuários de substâncias psicoativas significa que no texto da lei estão previstas categorias sociais que englobam determinados indivíduos a partir de uma característica específica. Categorias como *usuário de substâncias psicoativas*, *usuário problemático de substâncias psicoativas* e *dependente químico* são os exemplos mais claros desse processo de categorização. Retomando um argumento apresentado anteriormente por Moore (1978), isso não quer dizer que as pessoas assumam, incorporem essas categorias presentes nas políticas

públicas e legislação, mas possivelmente se forem tocadas por esses sistemas classificatórios terão de lidar, resistir, rejeitar, cumprir, enfim, estabelecer algum tipo de *relação* com eles.

E aqui se trata de legislar, no âmbito ideal e prático, a respeito de uma questão de saúde, como vimos anteriormente. Não somente no sentido de regular e obrigar um sistema público mantido pelo Estado a oferecer cuidado para os usuários de substâncias psicoativas, mas também em criar mecanismos para que esse cuidado tenha alcance, toque aqueles que dentro dos estudos, pesquisas e sistemas classificatórios são considerados *populações-alvo*. Uma maneira de fazer isso é exatamente a partir do uso de categorias generalizantes como *usuário de drogas, dependente químico, comportamento de risco, vulnerabilidade, problema, patologia, prevenção, tratamento*.

Em termos de políticas públicas de âmbito nacional podemos identificar a Política Nacional sobre Drogas, do ano de 2005 e a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, do ano de 2004. É possível ainda de mencionar a já citada Legislação Brasileira sobre Drogas, materializada na Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006, como fomentadora e reguladora daquelas políticas. Basicamente é esse conjunto de políticas públicas e leis que orientam a ação estatal em torno da questão do uso de substâncias psicoativas ilícitas no Brasil. Passo agora a analisar alguns pontos de cada um desses textos. Estarei mais voltado àqueles que se referem aos problemas de saúde relacionados ao uso de psicoativos, principalmente no que diz respeito a como se propõe evita-los, gerenciá-los, contorná-los e tratá-los. Não me interessa discorrer sobre as tipificações de problemas legais, principalmente daqueles da esfera criminal que estão ligados ao tráfico de substâncias psicoativas proibidas e outros crimes correlatos.

A ideia central aqui é demonstrar quais atores sociais institucionais que são previstos idealmente para formar uma *rede* ou *sistema* de atenção à saúde nas políticas públicas brasileiras. Em seguida, apontar para o fato de que a *rede* pode ser objeto de disputa, de controvérsia, não necessariamente no texto das políticas, mas a partir da diversidade ontológica das práticas terapêuticas previstas por elas. Ao atrelar ao discurso, à pesquisa (avaliação) e à prática científica a criação, manutenção e atualização dessa rede de atenção, vemos reproduzidas tensões inerentes ao próprio campo técnico e científico sobre o tema. Por mais que seja possível de observar nesses documentos um discurso que privilegia a redução de danos como principal estratégia de

saúde, as práticas que buscam a abstinência – e, portanto, assimilam os usos de psicoativos sempre como potencialmente problemáticos – são mais valorizadas, visíveis e preponderantes. O que parece acontecer é que as duas vertentes de abordagem da questão, a da *abstinência* e da *redução de danos*, se tocam menos do que poderiam na prática. Parecem ocupar espaços e tocar indivíduos de maneira colateral, não coincidente. Ou se está de um lado, ou de outro. Em termos de trabalho de campo o meu interesse foi abordar indivíduos em situação terapêutica a partir de instituições que representam um dos lados da abordagem em saúde sobre uso de psicoativo. Instituições que se utilizam da noção de dependência química enquanto *patologia* e pregam a *abstinência* como objetivo principal das terapêuticas.

A abstinência não é, em teoria, o principal objetivo das políticas públicas, mas é o mote de algumas das práticas terapêuticas específicas previstas e estimuladas a entrar em ação por elas. Alguns procedimentos terapêuticos (técnicos/científicos), médicos ou não, atuam no sentido de estabelecer a abstinência no curto, médio e por vezes no longo prazo como objetivo. Se não os próprios procedimentos, os profissionais (ou especialistas, técnicos, iniciados) que os colocam em prática em situações terapêuticas específicas. Como conciliar essa multiplicidade? Desta forma, antes de no próximo capítulo adentrar no relato sobre o meu trabalho de campo em diferentes instituições terapêuticas voltadas para a abstinência na cidade de Porto Alegre – que me levou aos indivíduos/sujeitos principais da pesquisa –, apresento a seguir este panorama do que é o sistema ou rede de atenção idealmente, nos termos das políticas públicas.

3.1 A Política Nacional sobre Drogas

As primeiras linhas do texto da Política Nacional sobre Drogas¹⁶, que data do ano de 2005, dizem o seguinte:

Entre as várias questões do dia-a-dia que exigem atenção especial, temos o tema “drogas”. É um assunto que, direta ou

¹⁶ A referência bibliográfica para este item é uma publicação da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do ano de 2008. Mas o texto da legislação data de 2005. A paginação usada nas citações da *Política Nacional sobre Drogas* neste trecho da tese está relacionada ao compêndio sobre leis e políticas de drogas lançado em 2008 (BRASIL, 2008).

indiretamente, diz respeito a todos nós - governo e sociedade. Esse tema permite olhares sob várias perspectivas. Podemos apreciá-lo enquanto cidadãos de uma nação, membros de uma família, participantes de uma comunidade ou como indivíduos. E para cada uma delas, justifica-se um engajamento pleno e indispensável (BRASIL, 2008, p. 10).

O documento parte do princípio que o uso de substâncias psicoativas é um tema dos mais importantes a ser levado em consideração por toda a sociedade. Deveria ser algo que preocupa a todos. Mais do que isto, conclama um engajamento geral da sociedade como um todo. Este deve ser uma das preocupações cotidianas da vida, já que as práticas de uso de psicoativos de um ou de muitos indivíduos supostamente interferem na vida de todos. O que resta questionar, a partir dessa introdução, é *qual o tipo* de engajamento sugerido a cada um desses atores sociais? Quais atitudes e ações são demandadas *do governo e da sociedade*? Quem compõe essa *sociedade* imaginada, que deve se preocupar e agir? Como demonstrei no próximo capítulo através de exemplos práticos de engajamento social – científico, midiático, político – recente sobre a questão do uso de psicoativos, não fica claro *como* a sociedade deve se engajar. Pelo contrário, essa chamada abre espaço para um embate cujos oponentes não possuem as mesmas armas ou a mesma força.

Dentre os *pressupostos* desta política podemos encontrar menções ao tratamento igualitário e sem discriminação a usuários ou dependentes de substâncias lícitas e ilícitas, à garantia do direito de receber tratamento adequado em decorrência do uso indevido de psicoativos, à priorização da prevenção do uso indevido de psicoativos como meio mais eficaz e de menor custo social, ao reconhecimento das diferenças entre usuário, pessoa em uso indevido, dependente e traficante de psicoativos, dentre outros princípios. Mas alguns outros chamam a atenção por indicarem a busca por um ideal de sociedade livre do consumo de substâncias ilícitas.

Como o primeiro *pressuposto*, que diz que esta política deve “buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas” (BRASIL, 2008, p.13), assim como em outro ponto assume como compromisso “buscar a conscientização do usuário e da sociedade em geral de que o uso de drogas ilícitas alimenta as atividades e organizações criminosas que têm, no narcotráfico, sua principal fonte de recursos financeiros” (BRASIL, 2008, p.13). Em outro trecho ainda aponta para a importância de “não

confundir as estratégias de redução de danos como incentivo ao uso indevido de drogas, pois se trata de uma estratégia de prevenção” (BRASIL, 2008, p.13).

Ou seja, apesar de apontar para a inclusão e não estigmatização do usuário, mesmo de substâncias ilícitas, pela via da saúde e da integração social, os pressupostos dessa política ainda apresentam resquícios de uma visão proibicionista que se pauta por um ideal de sociedade praticamente inatingível no qual: 1) não haveria qualquer tipo de consumo de substâncias ilícitas; e 2) dos usos de substâncias lícitas não decorreriam quaisquer danos ou problemas. Podemos fazer o paralelo com o que foi apresentado anteriormente a respeito do *ideal de saúde* da medicina científica e da própria Organização Mundial de Saúde. Não se trata, aqui, de rechaçar esse panorama de idealismo, uma vez que são ideais visando o bem-estar individual e coletivo. Trata-se de questionar o seguinte: até que ponto esses ideais justificam intervenções terapêuticas que podem não ter desdobramentos positivos? Em outras palavras, para fazer valer esses idealismos, pode-se passar por cima da autonomia dos indivíduos? Ou ainda, a intervenção se justifica por si só, sem a anuência ou engajamento do indivíduo? Por que privilegiar práticas preventivas e terapêuticas que patologizam e tentam medicalizar os usos de substâncias psicoativas, ao invés de potencializar os *bons usos*?

Dentre os *objetivos* dessa política podem-se citar os de conscientização social sobre os prejuízos e implicações negativas em decorrência do uso indevido de psicoativos, “educar, informar, capacitar e formar pessoas em todos os segmentos sociais para ação efetiva e eficaz de redução da demanda, da oferta e de danos”, e também o objetivo de “reduzir as consequências sociais e de saúde decorrentes do uso indevido de drogas para a pessoa, a comunidade e a sociedade” (BRASIL, 2008, p.15). Aqui temos novamente a ideia de que *toda a sociedade* deve participar dos processos de redução da demanda, da oferta e de danos, informados, educados e capacitados por programas públicos ou de outro tipo de iniciativa com a anuência do poder público. Agora não se tem previsto *o que* essas capacitações e processos educativos devem instruir e nem *como* os cidadãos em geral podem contribuir para essa redução de demanda, de oferta e de danos relacionados aos usos de psicoativos. Apenas se prevê também como *objetivo* das políticas “garantir rigor metodológico às atividades de redução da demanda, oferta e danos, por meio da promoção de levantamentos e pesquisas sistemáticas, avaliados por órgãos de referência da comunidade científica” (BRASIL, 2008, p.15), e também garantir a realização de estudos e pesquisas que

inovem esses métodos e programas de redução da demanda, da oferta e dos danos sociais e à saúde.

Ainda constam outros objetivos relacionados à divulgação de conhecimento sobre crimes, delitos e infrações relacionados às substâncias lícitas e ilícitas, combater o tráfico de drogas e os crimes conexos, entre outros. Os que mais interessam aqui são os seguintes *objetivos*:

implantar e implementar rede de assistência integrada, pública e privada, intersetorial, para pessoas com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas, fundamentada em conhecimento validado, de acordo com a normatização funcional mínima, integrando os esforços desenvolvidos no tratamento (...) [e] avaliar e acompanhar sistematicamente os diferentes tratamentos e iniciativas terapêuticas, fundamentados em diversos modelos, com a finalidade de promover aqueles que obtiverem resultados favoráveis (BRASIL, 2008, p.15).

No decorrer do restante do texto dessa política são apresentadas orientações gerais e diretrizes para: 1) Prevenção; 2) Tratamento, Recuperação e Inserção Social; 3) Redução dos Danos Sociais e à Saúde; 4) Redução da Oferta; 5) Estudos, Pesquisas e Avaliações. No que toca ao argumento que estou construindo aqui, tratarei especificamente do item 2) *Tratamento, Recuperação e Inserção Social*, pois é aquele que está dialogando diretamente com as noções de *patologia, problema e cuidado* associados ao uso de psicoativos. Antes disso, apresento de maneira geral do que tratam os outros pontos citados.

No item *Prevenção*, diz-se que a prevenção efetiva é fruto da “responsabilidade compartilhada” entre diferentes segmentos sociais, instâncias governamentais federais, estaduais e municipais, construindo redes com os objetivos de melhorar as condições de vida e promoção geral da saúde. Nesse âmbito devem ser ações descentralizadas nos municípios que priorizem as comunidades mais vulneráveis, identificadas por um diagnóstico. Uma das diretrizes diz o seguinte:

Dirigir as ações de educação preventiva, de forma continuada, com foco no indivíduo e seu contexto sociocultural, buscando desestimular o uso inicial de drogas, incentivar a diminuição do consumo e diminuir os riscos e danos associados ao seu uso indevido (BRASIL, 2008, p.16).

Em outras palavras, não existe uma única *prevenção*, e sim programas e medidas de prevenção voltadas para públicos, locais e momentos específicos, cujos objetivos são citados logo acima. Podemos ter programas de prevenção, por exemplo, voltados ao ambiente familiar, às escolas, ou ao ambiente de trabalho. No *site* de internet do Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID)¹⁷ define-se dessa maneira a *prevenção*: há *fatores de proteção* (prevenção) relacionados em oposição a *fatores de risco* nos âmbitos *individual, familiar, escolar, social*, e das próprias *substâncias* usadas. Ou seja, em cada um desses âmbitos é possível de identificar atitudes e práticas que podem trazer risco ou proteger os indivíduos de usos problemáticos ou dependentes de substâncias psicoativas. Já sobre os *tipos de prevenção*, podemos encontrar as definições de

prevenção primária – evitar que o uso de drogas se instale ou retardar seu início; *prevenção secundária* – para pessoas que já experimentaram ou usam moderadamente, com o objetivo de evitar evolução para usos mais frequentes ou prejudiciais. Implica um diagnóstico e reconhecimento precoce daqueles em risco de evoluir para danos mais prejudiciais; *prevenção terciária* – abordagens necessárias no processo de recuperação e reinserção dos indivíduos que já tem problemas com o uso ou que apresentam dependência [grifos meus]¹⁸

De alguma forma a prevenção não deixa de estar relacionada aos processos de ação diagnóstica que levam às intervenções terapêuticas, na medida em que observamos corriqueiramente em ação a noção de *continuum* entre o uso, o uso com problemas, e a dependência química¹⁹. A criação da noção de risco em relação ao uso de substâncias psicoativas não é artificial, ela é verossímil, na medida em que apenas os usuários de psicoativos podem fazer usos problemáticos dos mesmos e se tornar dependentes. Mas essas definições mostram que o ponto de partida básico da prevenção é de que os indivíduos não possuem habilidades – psicológicas, sociais, biológicas, materiais – suficientes para fazer bons usos de psicoativos e, portanto, devem ser preventivamente

¹⁷ Órgão que está vinculado ao Ministério da Justiça, fundado em 2002, a partir de projeto desenvolvido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas “com objetivo de reunir e coordenar o conhecimento disponível sobre drogas para fundamentar o desenvolvimento de programas e intervenções dirigidas à redução de demanda e oferta de drogas”. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>>. Acessado em 28 fev. 2014.

¹⁸ Trecho também retirado do endereço eletrônico do OBID. Disponível online: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>> Acessado em 28 fev. 2014.

¹⁹ Para diferentes visões sobre a prevenção ao uso de psicoativos no Brasil, os seguintes trabalhos apresentam um panorama geral: Noto e Galduróz (1999), Sodelli (2006; 2007; 2010), Ribeiro (2008).

objeto de intervenção, com vistas a evitar maiores danos para si próprios ou para a sociedade. A prevenção, de maneira geral, não parte do pressuposto de *aumentar a chance de bons usos* e sim de *evitar e diminuir quaisquer usos, pois podem acarretar em consequências ruins*. De alguma maneira, pode-se relacionar essa ideia de prevenção, como foi demonstrado logo acima, com um tipo de intervenção de saúde, na medida em que se baseia nas possíveis consequências negativas para a saúde do indivíduo e da sociedade.

Sobre o item das políticas que trata da *Redução dos Danos Sociais e à Saúde* tratarei em seguida separadamente, discutindo o tema a partir de alguns trabalhos no âmbito das ciências sociais que tocam no tema e demonstrando qual o papel social-político dessa abordagem hoje. Se o Brasil, e especificamente a cidade de Porto Alegre, tem uma história de práticas e movimento social em torno da redução de danos que remetem ao final da década de 1980, a situação atual demonstra que o espaço ocupado por esta abordagem está menor e cada vez mais dependente de engajamentos e lutas políticas contra um modelo quase hegemônico focado no par patologia/abstinência. Proporcionalmente, em relação às abordagens patológicas, a redução de danos não pode ser considerada uma prática hegemônica. Mas ocupa importantes espaços políticos, mais restritos e específicos. No próximo capítulo usarei o exemplo empírico de dois cursos de aperfeiçoamento para profissionais, técnicos e pessoas que trabalham com usuários problemáticos de substâncias psicoativas ou dependentes químicos para ilustrar a proporção reduzida do espaço que a redução de danos parece ocupar em relação aos outros modelos de cuidado na atualidade.

A *Redução da Oferta* trata basicamente da questão do tráfico de substâncias ilícitas, de orientações e diretrizes para melhor combater essa prática através do aparato repressivo do estado. Ao mesmo tempo, logo na primeira orientação a respeito do assunto nas políticas públicas, é afirmado que “A redução substancial dos crimes relacionados ao tráfico de drogas ilícitas e ao uso abusivo de substâncias nocivas à saúde, responsáveis pelo alto índice de violência no país, deve proporcionar melhoria nas condições de segurança das pessoas” (BRASIL, 2008, p.21). Ou seja, parte-se do pressuposto de que os usos abusivos de psicoativos e o comércio das substâncias ilícitas são os responsáveis por altos índices de violência no país. Juntamente com o risco de que usuários de substâncias psicoativas desenvolvam a dependência química, a

repressão ao tráfico de substâncias ilícitas e aos próprios usuários destas substâncias, funcionaria como medida preventiva à violência urbana.

Já no último item, que diz respeito a *Estudos, Pesquisas e Avaliações*, a ideia central fomentada pelo texto das políticas públicas é que

[m]eios necessários devem ser garantidos para estimular, fomentar, realizar e assegurar, com a participação das instâncias federal, estaduais, municipais e do Distrito Federal, o desenvolvimento permanente de estudos, pesquisas e avaliações que permitam aprofundar o conhecimento sobre drogas, a extensão do consumo e sua evolução, a prevenção do uso indevido, repressão, tratamento, reabilitação, redução de danos, reinserção social e ocupacional, observando os preceitos éticos (BRASIL, 2008, p.22).

Além disso, se prevê que sejam garantidas a realização de estudos, análises e avaliações sobre as próprias práticas interventivas públicas e privadas em todas as áreas citadas até o momento, com o objetivo de que os resultados orientem a continuidade ou descontinuidade de uma ou outra dessas práticas. De alguma maneira se pretende que as pesquisas produzam dados apontando para taxas de sucesso ou insucesso dentro de cada uma dessas categorias. Como será demonstrado posteriormente através do relato sobre o trabalho de campo etnográfico e da apresentação das histórias de vida de pacientes/clientes, a medida do sucesso de uma intervenção ou trajetória terapêutica é muito relativa e se não levarmos em conta as expectativas, motivações e experiências práticas dos indivíduos que são objeto da intervenção terapêutica (tratamento) não podemos falar em sucesso ou insucesso. E essa medida nos termos das políticas públicas diz respeito, muitas vezes, a números, a quantidade de pessoas que ingressam, concluem e/ou permanecem em tratamento, dependendo da modalidade terapêutica²⁰. Como me disse um dos entrevistados para esta pesquisa, “pessoas participando dos aparelhos terapêuticos do governo geram números de adesão, o que leva a mais verba, mas não quer dizer que está sendo efetivo, que as pessoas estão engajadas”.

²⁰ O mais recente “Relatório Brasileiro sobre Drogas” (BRASIL, 2009, p.164), que no capítulo sobre a prevalência de consumo de diversas substâncias usa os mesmos dados apresentados anteriormente a partir de Carlini *et al.* (2006), mostra os seguintes dados sobre a rede atenção em saúde para o ano de 2007: 138.585 internações associadas a transtornos mentais e comportamentais pelo uso de drogas, sendo que 68,7% dizem respeito ao uso de álcool, 22,8% ao uso de múltiplas drogas, e 5% ao uso de cocaína. Mas são dados que dizem respeito especificamente a internações, não à participação em reabilitação psicossocial ou atendimento ambulatorial, por exemplo, nos quais o controle sobre o cotidiano do paciente é menor em termos institucionais.

No item que toca de maneira mais direta os interesses dessa pesquisa, aquele que dispõe sobre *Tratamento, Recuperação e Reinserção Social*, dentre as orientações gerais vemos que o Estado brasileiro deve estimular a sociedade (incluindo os usuários, dependentes, familiares e populações específicas) a assumir o compromisso de colocar em prática essas modalidades de maneira descentralizada entre os diferentes órgãos governamentais (municipal, estadual e federal), organizações não governamentais e entidades privadas. Ou seja, apesar de assumir a responsabilidade de organizar, estabelecer diretrizes e em grande parte financiar essa rede de cuidado, chama todos a participar da constituição dessa rede. Também aponta que as ações de tratamento, recuperação e reinserção social devem ser não apenas embasadas em pesquisas científicas, mas avaliadas por estas que devem também direcionar a reprodução e multiplicação das modalidades que obtiverem resultados mais positivos. Entretanto, como citado logo acima no item relacionado a estudos e pesquisas, não fica claro exatamente o que é esperado como resultado positivo.

A capacitação continuada de todos aqueles envolvidos com essas atividades também é garantida por esse trecho das políticas, que prevê inclusive financiamento público para tais capacitações. No próximo capítulo tratarei de uma experiência de observação em um curso de capacitação e aperfeiçoamento realizado no ano de 2011, especificamente voltados para trabalhadores do Sistema Único de Saúde e do Sistema Único de Assistência Social. Sobre a capacitação é possível de afirmar que participaram tanto profissionais que já lidavam em suas práticas diárias com a atenção a usuários de substâncias psicoativas em vários níveis e que possuíam algum tipo de formação complementar (curso) específica sobre o tema – estes estavam *se atualizando* –, e outros que ainda não possuíam – estes participavam da capacitação para *adquirir conhecimento* específico sobre dependência química e uso problemático de psicoativos. O que quer dizer que existem profissionais da área da saúde, assistência social, entre outras áreas, que trabalham dentro de suas especialidades técnicas no cotidiano possivelmente tendo contato e atendendo usuários de substâncias psicoativas, mas não possuem a formação ou o conhecimento específico sobre o fenômeno em particular.

Sobre a questão de quais modelos terapêuticos que formam a rede pública de atenção, destaco duas diretrizes que tratam especificamente de sua constituição no âmbito das instituições públicas de saúde e da necessidade de estabelecimento da

relação destas com outras modalidades terapêuticas não públicas, mas que podem receber financiamento governamental:

Promover e garantir a articulação e integração em rede nacional das intervenções para tratamento, recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional (Unidade Básica de Saúde, ambulatórios, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, comunidades terapêuticas, grupos de auto-ajuda e ajuda mútua, hospitais gerais e psiquiátricos, hospital-dia, serviços de emergências, corpo de bombeiros, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência e moradias assistidas) com o Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social para o usuário e seus familiares, por meio de distribuição descentralizada e fiscalizada de recursos técnicos e financeiros (BRASIL, 2008, p.18).

Ou seja, nas próprias políticas públicas já estão previstas modalidades terapêuticas que não são necessariamente pautadas pelos estudos, pesquisas e referenciais teóricos da medicina científica, mas que fazem parte da rede porque já existiam e atuavam previamente ao estabelecimento do próprio documento das políticas públicas, como as comunidades terapêuticas e os grupos de ajuda mútua, e possuem uma porcentagem de sucesso que pode de alguma forma ser medida. O que fica claro aqui é a inclusão dessas modalidades complementares aos aparelhos previstos no Sistema Único de Saúde, seja no sentido de que não podem ser ignoradas quanto no sentido de que podem ser fiscalizadas e financiadas por instâncias governamentais. Aqui temos a previsão legal e política de uma rede de atenção múltipla, na medida em que conta não apenas com aparelhos terapêuticos do Estado e que compartilham das mesmas definições conceituais, técnicas e práticas. Não é preciso ser muito imaginativo tampouco empirista para se chegar à conclusão de que os procedimentos práticos envolvidos no atendimento e no tratamento de alguém com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas envolve situações e técnicas muito diferentes em cada um dos espaços de atenção citados acima.

Mais do que isso, há outra diretriz que propõe através de dispositivos legais e incentivos fiscais o estabelecimento de parcerias ou convênios em todas as esferas de governo “que possibilitem a atuação de instituições e organizações públicas, não governamentais ou privadas que contribuam no tratamento, na recuperação, redução de danos, reinserção social e ocupacional” (BRASIL, 2008, p.19). Esse ponto específico

abre margem, a partir do estabelecimento de uma política pública, não apenas para a interpretação de que o aparato institucional público é insuficiente, mas também para a disputa de mercado ou disputa de financiamento público entre instituições terapêuticas que tratam de dependentes químicos.

3.2 A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas

Neste outro texto de políticas públicas, cujo foco é especificamente voltado para área do cuidado (atenção) em saúde, ficam mais claros os princípios que norteiam a abordagem sobre o tema na atualidade. No Brasil, os hospitais psiquiátricos e a prisão foram por muito tempo os locais privilegiados de *cuidado* ou, para usar um termo mais condizente com as práticas correntes até então, de *normalização e controle* de usuários de substâncias psicoativas ilícitas. E isto está ligado diretamente ao fato de que a dependência química, a partir de determinado momento histórico, passou a integrar os principais manuais de doenças da biomedicina, sendo classificada como uma doença que hoje é definida por um distúrbio biopsicossocial. Antes da reforma psiquiátrica²¹ no país, era nos hospitais ou asilos psiquiátricos que o *cuidado* aos dependentes era praticado quando se tratava da abordagem de saúde/patologia. Por outro lado, a questão da ilegalidade de algumas substâncias podia levar os usuários flagrados pela polícia, independentemente de serem dependentes, para a prisão. Ou seja, era através da institucionalização, da internação, e de outros recursos que retiravam o usuário de psicoativos ou dependente químico do convívio social e, portanto, do acesso às substâncias psicoativas.

²¹ Resumidamente o movimento de reforma psiquiátrica pode ser identificado como um movimento social pela desinstitucionalização das pessoas com transtornos psiquiátricos, partindo da ideia de que o tratamento desses distúrbios, sempre que possível, deve ser feito sem retirar o indivíduo em sofrimento do convívio social. De acordo com Tenório, “nascido do reclame da cidadania do louco, o movimento atual da reforma psiquiátrica brasileira desdobrou-se em um amplo e diversificado escopo de práticas e saberes. A importância analítica de se localizar a cidadania como valor fundante e organizador deste processo está em que a reforma é sobretudo um campo heterogêneo, que abarca a clínica, a política, o social, o cultural e as relações com o jurídico, e é obra de atores muito diferentes entre si” (Tenório, 2002, p.28). Outros autores que tocam no tema, especificamente tratando do contexto brasileiro são Alverga e Dimenstein (2006), Bezerra Jr. (2007) e Hirdes (2009).

De acordo com Machado e Miranda (2007), a partir da década de 1980 percebe-se em curso a tendência de inclusão dos usuários problemáticos e dos dependentes na rede de saúde pública, privada e da sociedade civil, mas ainda em consonância com leis bastante repressivas. De acordo com Alves (2009), foi apenas depois do ano de 2003, com a publicação do documento analisado no presente item desta tese que o Ministério da Saúde assumiu o compromisso de enfrentar de maneira integral os problemas associados ao consumo de álcool e outras substâncias psicoativas, colocando o tema na agenda da saúde pública. A partir deste documento a abordagem de saúde deixou de ser um acessório das políticas públicas e foram definidos marcos e diretrizes para a área,

em consonância com os princípios e orientações do SUS, da reforma psiquiátrica, e segundo uma lógica ampliada de redução de danos. Propuseram-se como diretrizes: a alocação do uso de álcool e outras drogas entre os problemas da saúde pública; a indicação do paradigma da redução de danos nas ações de prevenção e de tratamento; a desconstrução da concepção do senso comum de que todo usuário de drogas é doente e requer internação ou prisão; e a mobilização da sociedade civil para práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras (Machado; Miranda, 2007, p. 818).

Foi proposto, ainda, a criação de uma rede de atenção territorializada dentro do SUS e a construção de uma rede de assistência formada por Centros de Atenção Psicossocial álcool/drogas (CAPSad), enquanto espaços especializados, e unidades básicas de saúde, programa de saúde familiar e hospitais no atendimento geral. Mas antes do estabelecimento dessas redes de atenção mantidas pelo governo brasileiro, temos há muito mais tempo outras instâncias terapêuticas como os grupos de ajuda mútua e as comunidades terapêuticas. Como foi comentado anteriormente, o que ocorreu é que após a implantação dessas políticas nacionais houve uma integração das práticas governamentais com as da esfera particular e da sociedade civil que em alguns casos já estavam em ação há mais tempo.

Explicitou-se, desde então, a existência de uma rede de instituições e modelos terapêuticos que é maior do que os componentes do Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social e, apesar de terem de respeitar determinadas diretrizes básicas, as políticas públicas não interferem especificamente nos conceitos e práticas dessas instituições complementares como as comunidades terapêuticas ou os grupos de

Narcóticos Anônimos. O que pode significar, em termos dessa grande rede de atenção, uma abertura para incongruências, inconsistências ou incoerências. Isto tendo em vista que apesar de existir um plano sistêmico que prevê pontos ideais (ou preferíveis) de entrada na rede, os indivíduos podem fazê-lo de outras maneiras. E não se pode ignorar que diferentes maneiras de entrada nessa rede de atenção podem ter desdobramentos também diferentes.

Um dos princípios mais importantes apresentados neste documento é de que a abstinência não pode ser o fim único a ser alcançado pela rede de atenção em saúde. Assim estabelece que a redução de danos seja a principal *estratégia* a nortear as diversas práticas, independentemente de quais sejam elas – ressaltando, novamente, que não há interferência legal ou política direcionando o tipo de estratégia que deve ser praticada nas instituições complementares:

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos de, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento. Aqui a abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor. E por quê? Porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. Vemos aqui que a redução de danos se oferece como um método (no sentido de *methodos*, caminho) e, portanto, não excludente de outros. Mas, vemos também que o método está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de corresponsabilidade daquele que está se tratando. Implica, por outro lado, o estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida (BRASIL, 2004, p.10).

Mas o que significa definir a redução de danos (RD) como principal *estratégia* da rede de atenção em saúde? Que as práticas de RD não são exclusivas, mas passaram a ser o princípio norteador das políticas públicas sem deixar de lado as ações de tratamento baseadas em internação – previstas no próprio contexto das intervenções psiquiátricas em geral – ou mesmo no ideal de abstinência – que é praticado em

comunidades terapêuticas, grupos de ajuda mútua, e por profissionais da saúde distribuídos por pontos diversos da rede e que não necessariamente partilham dos princípios de RD. E, sendo a redução de danos um tipo de estratégia ou prática que prima por compartilhar a responsabilidade dos estados de saúde, seja em termos preventivos ou terapêuticos, com o próprio indivíduo, fica claro que a rede de cuidado privada e complementar dificilmente abraçaria esta causa, este *modus operandi*. Afirmando isto pensando no âmbito comercial ou mercadológico que as definições patológicas e terapêuticas sobre o uso de psicoativos estão inseridas. No diagnóstico e no tratamento como bens comerciais, produtos. Neste sentido, a RD não é a opção mais desejável quando se pretende gerar lucro a partir da aplicação de determinados procedimentos os quais apenas profissionais e técnicos podem executar. Neste sentido, o principal é a submissão do paciente/cliente ao conhecimento e aos procedimentos técnicos e científicos dos diversos modelos terapêuticos.

Em um excelente trabalho sobre sua própria trajetória como usuário de psicoativos e redutor de danos, no qual apresenta trechos da história da RD na cidade de Porto Alegre sob a perspectiva de um ator-social que participou ativamente do desenrolar desta história, ou esteve presente de maneira próxima em muitos momentos dela, Amaral demonstra os caminhos que levaram a RD a se transformar em um *paradigma* de saúde:

As condições de participação social no Sistema Único de Saúde (SUS) e a extensa mobilização social de grupos excluídos a partir das diversas ações e projetos em Redução de Danos, em todo o território nacional, desloca a Redução de Danos de uma ação pragmática de controle da infecção do HIV/AIDS para um paradigma no campo da saúde – e mais adiante para a assistência, justiça, educação, segurança, com certas especificidades (Amaral, 2013, p. 24).

Mas justamente por ter vivenciado de perto todo esse processo, e continuar o vivenciando até os dias atuais, ele também pode expressar com pesar um movimento não exatamente contrário – pois como demonstrei nas linhas acima a RD se tornou a principal *estratégia de saúde* no campo da atenção aos usuários de psicoativos –, mas que demonstra certo esvaziamento prático da redução de danos:

Ao mesmo tempo em que a Redução de Danos alçava o lugar de diretriz de trabalho do Ministério da Saúde para a prestação de atenção às pessoas que usam drogas, pela Coordenação de Saúde Mental, o Programa Nacional de DSTs/Aids, do mesmo Ministério da Saúde, anuncia o encerrado do financiamento da ONU para ações no país, entre o período de 1994 a 2004. Nesse contexto de desfinanciamento “da Aids” das políticas de Redução de Danos, dezenas de Programas de Redução de Danos se extinguíram ao não conseguirem se sustentar pelo pouco acesso disponível a recursos municipais e estaduais para estes tipos de ações (Amaral, 2013, p.24).

Quando uso o termo *esvaziamento prático* não quero dizer que não há mais programas de redução de danos²², mas como o próprio autor demonstra, passa a haver mais dificuldades de financiamento para os programas específicos de RD e, ao invés destes crescerem exponencialmente com a divulgação do texto das políticas públicas analisado aqui, que torna a redução de danos uma *estratégia primordial* para toda a rede de atenção, parece ter ocorrido o contrário. É novamente Amaral (2013) quem demonstra no seu trabalho quanto o financiamento público de programas e ações dentro da área de redução de danos diminuiu. Por outro lado, o programa governamental “Crack, é possível vencer²³” abriu um Edital de Chamamento Público para comunidades terapêuticas no fim de 2012 que previu, na época, financiamento de 10 mil vagas para acolhimento de dependentes químicos dentro desse modelo terapêutico. As entidades aprovadas no Edital passaram a receber mensalmente R\$ 1 mil pelo acolhimento de

²² Cito como exemplo o Grupo de Estudos de Redução de Danos da Escola de Saúde Pública de Porto Alegre, que se reúne semanalmente de portas abertas à comunidade, discutindo teorias e práticas da área, principalmente no contexto dos trabalhadores de saúde mental e do sistema público de saúde. O trabalho de Amaral (2013), citado acima, apresenta vários outros exemplos históricos e empíricos sobre práticas e programas de Redução de Danos no contexto de Porto Alegre e do Rio Grande do Sul.

²³ Este programa foi lançado pelo Governo Federal em dezembro de 2011, com o “objetivo de desenvolver ações articuladas que contemplem a prevenção do uso, o enfrentamento ao tráfico de drogas e, sobretudo, o fortalecimento da rede de cuidado aos usuários de crack, álcool e outras drogas e seus familiares” (BRASIL, 2012, p.5). Foram previstos investimentos de R\$ 4 bilhões entre dezembro de 2011 e dezembro de 2014, sendo que apenas metade deste valor foi de fato aplicado faltando seis meses para o fim do prazo. O programa previu o investimento em três grandes áreas: *cuidado* – com ações para estruturar redes de atenção de saúde e de assistência social; *autoridade* – com ações para reduzir a oferta de crack e outras substâncias ilícitas, pela repressão ao tráfico, crime organizado e pela garantia de condições de segurança; *prevenção* – com ações para fortalecer vínculos familiares e comunitários e reduzir fatores de risco para o uso de drogas (incluindo a capacitação de profissionais e sociedade civil). Todas estas informações podem ser acessadas no seguinte endereço eletrônico do programa. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/balanco-programa.html>>. Acessado em 01 jun. 2014.

adultos e R\$ 1,5 mil para crianças, adolescentes e mães em fase de amamentação. Um ano após a chamada do Edital quatro mil vagas já haviam sido aprovadas²⁴.

Outros autores que apontam no mesmo sentido são Nardi e Rigoni (2009), a partir de um mapeamento dos programas de redução de danos na região de Porto Alegre entre os anos de 2004 e 2006. Eles afirmam que o financiamento dos programas foi majoritariamente vinculado à política de DST/AIDS e que

o início e a manutenção do trabalho de redução de danos [na região] depende ainda, em grande parte, de militância e do trabalho voluntário de redutores de danos e coordenadores, o que coloca a população atendida, os programas e seus trabalhadores em uma posição de fragilidade e precarização do trabalho (Nardi; Rigoni, 2009, p.388).

Assim, a redução de danos pode ser interpretada de diferentes maneiras: pode ser vista como um *paradigma* que constitui outro olhar sobre a questão das drogas e álcool e institui outras tecnologias de intervenção, que respeitem a diversidade das formas de ser e estar no mundo, e promovam saúde e cidadania; como um *conjunto de estratégias* para promover saúde e cidadania, construídas *para e por* pessoas que usam substâncias psicoativas ilícitas e lícitas, e que buscam minimizar eventuais consequências negativas do uso dessas substâncias sem colocar a abstinência como único objetivo do trabalho em saúde; também pode ser vista como uma *política pública* centrada no sujeito e constituída com foco na promoção da saúde e cidadania das pessoas²⁵.

²⁴ Esses dados se encontram no endereço eletrônico, da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/senad/main.asp?View=%7BB65AD46B-7869-40ED-B5EC-1652B28565BC%7D&Team=¶ms=itemID=%7BC0435E90-5C14-4028-BD7F-630A87360E1B%7D;&UIPartUID=%7B2218FAF9-5230-431C-A9E3-E780D3E67DFE%7D>>.

Acessado em 20 mai. 2014.

²⁵ É importante ressaltar que existem outras interpretações sobre a redução de danos. Rodrigues, falando sobre a *lógica dos danos* dentro de uma discussão política sobre liberdade (individual e social), diz que apesar de ser crítica ao proibicionismo a RD consegue conviver com ele/nele. Isso porque parte de um ponto de vista negativo no qual “a preocupação está em *minizar prejuízos* dada a impossibilidade de um mundo abstêmio” (2003, p. 269). Trata-se de uma visão fatalista do uso de psicoativos: “o consumo de psicoativos não recebe qualquer incentivo direto dos projetos de redução de danos que, focados na questão saúde pública, buscam intervir no que consideram um problema social (...) Distanciad[a] da abordagem que qualifica imediatamente o consumidor como ‘doente’ (...) [a RD] transita na fronteira que separa a *patologização* da *não-patologização* do uso de drogas, mas não a transpõe” (Rodrigues, 2003, p.269). Relacionando a RD aos mecanismos de controle social/estatal, o autor ainda sugere que “como para os liberais clássicos a existência do Estado era um mal necessário para garantir os direitos civis e a propriedade privada, os defensores da política de redução de danos assumem suas políticas alternativas como resposta à ‘existência infeliz’ do hábito de se intoxicar. Diante do incontornável, deve-se minimizar o sofrimento individual e social” (Rodrigues, 2003, p.271). E, para finalizar, conclui

Como foi demonstrado até aqui, apesar de ter sido instituída como o princípio norteador das políticas públicas de atenção aos usuários de psicoativos, a redução de danos enquanto *estratégia e/ou prática* não ocupou toda a rede de atenção em saúde para usuários de substâncias psicoativas e até hoje depende muito de *militância* e de *programas específicos*. Mais do que isto, dentro do universo da rede de atenção em saúde para usuários de substâncias psicoativas sempre houve e ainda há muito espaço para abordagens que tem como objetivo a abstinência parcial, total, momentânea ou de longo prazo, como foi demonstrado anteriormente com a lista do conjunto de modelos de atenção (cuidado) previstos nas políticas. O dado que liga as práticas de RD a programas específicos e militância é ilustrativo do argumento que construo aqui, de que há pouca convergência entre este lado – da redução de danos – e aquele que prega a abstinência, enquanto que na prática seria interessante que pudesse haver mais diálogo, que não houvesse a necessidade de escolher entre um ou outro. Dos doze indivíduos que entrevistei para esta pesquisa, todos eles abordados em contextos terapêuticos voltados para a abstinência, apenas um deles teve contato anterior com redução de danos, justamente em um contexto de militância política direcionada às populações de rua.

É neste cenário de múltiplos modelos institucionais que formam uma rede, ao menos na teoria, e no qual as duas ontologias conflitantes de abordagens em saúde para o uso de psicoativos concorrem lado a lado, que a pesquisa de campo para esta tese se desenrolou. Mais especificamente, me aproximei de uma comunidade terapêutica, de grupos de Narcóticos Anônimos, de um ambulatório mantido por uma instituição filantrópica da sociedade civil (Cruz Vermelha de Porto Alegre) e do ambulatório de um hospital psiquiátrico mantido pelo governo do Estado do Rio Grande do Sul, todos na cidade de Porto Alegre, sendo que o contato mais intenso se deu com o NA, com a comunidade terapêutica, com a Cruz Vermelha e com o ambulatório do hospital psiquiátrico, nesta ordem. Ou seja, durante o desenvolvimento desta pesquisa mantive contato com instituições consideradas complementares do ponto de vista das políticas públicas e que não praticam, ao menos não institucionalmente, a redução de danos – os *cuidadores* em cada lugar podem individualmente praticar RD dentro de suas possibilidades práticas –, mas modelos de abordagem patológica. O processo de

que “por meio do proibicionismo o acesso que o Estado tem sobre o consumidor é sobre a via repressiva; num ambiente no qual transitem posturas reformistas de redução de danos, o Estado mantém contato com o consumidor pela via assistencial. Em termos de controle, muda-se o instrumento de acesso, mas ele permanece” (Rodrigues, 2003, p.272-273).

aproximação e o funcionamento de cada um dos locais onde foi realizado o trabalho de campo serão abordados posteriormente.

Para fins do presente trabalho, a incursão pela política de redução de danos se esgota aqui. O objetivo foi de chamar a atenção para este cenário de disputa, demonstrar que o universo da rede de atenção em saúde para os usuários de substâncias psicoativas não é um campo de consensos. Meu interesse empírico sempre foi o de me aproximar de instituições que colocam em prática noções patológicas sobre uso de psicoativos e, portanto, praticam tratamentos, procedimentos terapêuticos e buscam a estabilização ou cura para a dependência química através da abstinência e, a partir disso, ressaltar os desdobramentos que determinados procedimentos ou contatos institucionais podem acarretar na vida de indivíduos específicos.

A rede de atenção conta com diferentes tipos de propostas de intervenção terapêutica, algumas delas prevendo a retirada do indivíduo da vida em sociedade (internação de até 30 dias em hospital psiquiátrico ou ala psiquiátrica de hospital geral; internação de nove meses em comunidade terapêutica) e outras não (CAPS-ad, grupos de ajuda mútua, unidades básicas de saúde). Sob outro ângulo ainda podemos dizer que algumas delas se pautam por modelos totalizantes, que procuram intervir sobre o indivíduo integralmente, caso dos grupos de ajuda mútua e comunidades terapêuticas, e outras por intervenções mais pontuais, como o tratamento de desintoxicação, tratamento farmacológico, a psicoterapia e outras abordagens biomédicas em geral.

O aparelho chamado de Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad), dentro do processo de desinstitucionalização da atenção em saúde mental no sistema público de saúde do Brasil, é considerado hoje o principal ator social institucional especializado na atenção dos usuários de psicoativos. Um espaço de CAPS-ad deve oferecer uma gama de possibilidades de procedimentos e práticas diagnósticas e terapêuticas com o objetivo de também intervir sobre o indivíduo integralmente, mas através de práticas múltiplas, dentro de um “projeto terapêutico” pensado em conjunto com o próprio paciente a partir das ideias de autonomia e comprometimento (engajamento) do cidadão com seu problema e na resolução do mesmo. Deve ser formado por uma equipe multiprofissional e oferecer uma multiplicidade de procedimentos, cada um deles voltado para uma etapa específica do tratamento, pensado como um processo contínuo de atenção. Ao mesmo tempo em que

possibilita a atenção integral, é uma atenção integral compartimentalizada entre diferentes especialidades ou técnicas:

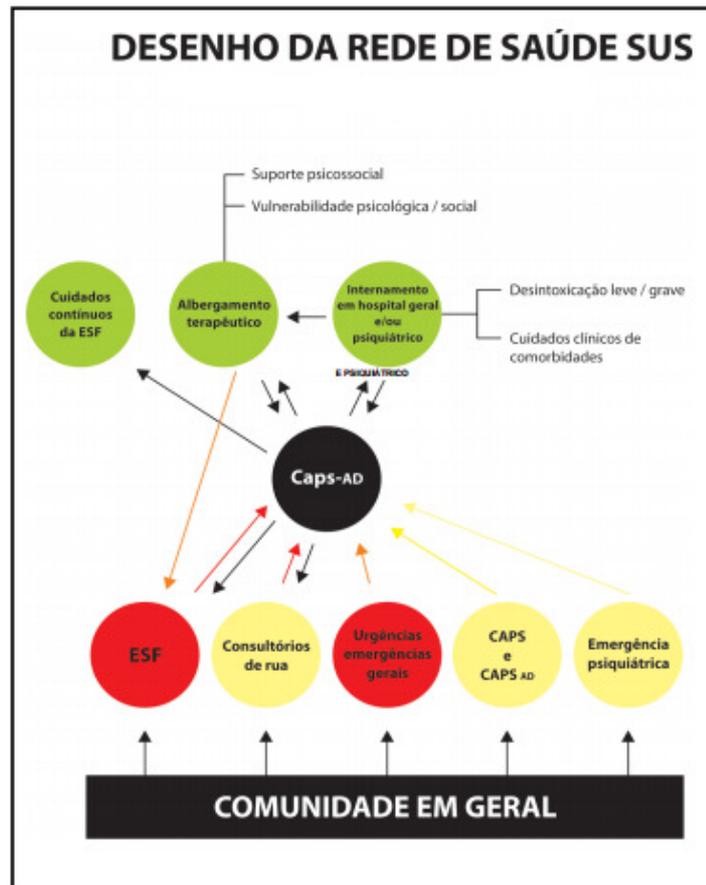
acolhimento, atendimento individual e em grupo, atenção às famílias, visitas e atendimentos domiciliares, oficinas e grupos terapêuticos, repouso e desintoxicação ambulatorial, atividades comunitárias e assembleias ou reuniões de organização do serviço (Alves; Lima, 2013, p.23).

Esse tipo de instituição multiplica e compartimentaliza diversas formas de cuidado em relação aos usos de psicoativos. Dias e Cardoso dizem o seguinte a respeito desse modelo de atenção:

Os CAPS são os equipamentos para este modelo de atenção psicossocial, onde se preconiza o cuidado no território, no seu próprio meio social, mantendo-o integrado à comunidade, repercutindo essas transformações também nos saberes e nas práticas. Estes equipamentos sociais realizam a articulação das instâncias de cuidado em saúde mental, seja na atenção primária, em ambulatórios e hospitais, e também nas redes de suporte social. Assim, os CAPS têm por objetivo o tratamento e a promoção da autonomia e da cidadania, além de serem orientados para a noção de cuidado e promoção da autonomia dos direitos dos usuários. Diferenciam-se de acordo com características como: densidade populacional do território, horários de funcionamento, população atendida e profissionais que constituem a equipe (Dias; Cardoso, 2012, p.248).

Este modelo não é obrigatoriamente a porta de entrada no sistema público de atenção, mas aquele que alguém diagnosticado com problemas relacionados ao uso de psicoativos deveria frequentar em um momento ou outro do seu processo terapêutico, dada a diversidade de abordagens, procedimentos e práticas que costuma agregar no sentido da atenção integral, podendo tratar dos indivíduos de maneiras diversas ou direcionar para outro modelo de atenção mais adequado à situação de cada paciente. O fluxograma abaixo representa as possibilidades de entrada e circulação nesse sistema e demonstra a importância e centralidade do CAPS-ad dentro da rede do Sistema Único de Saúde²⁶.

²⁶ A ilustração foi retirada da publicação “Diretrizes Gerais Médicas para a Assistência Integral ao Crack”, lançada pelo Conselho Federal de Medicina no ano de 2011. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/pdfs/diretrizes-medicas-integral-crack-cfm.pdf>>. Acessado em 01 jun. 2014.



Isto representa, então, como dentro do Sistema Único de Saúde idealmente se projetam os possíveis itinerários terapêuticos de um usuário de psicoativos que desenvolve problemas associados ao consumo das substâncias. Não consta nesta representação as instituições não governamentais, filantrópicas ou da sociedade civil que também atuam na mesma área, tampouco os inúmeros consultórios e clínicas particulares especializados ou não em dependência química. E não se pode ignorar a importância dessa rede não pública, pois ela ainda é responsável por boa parte da atenção dispensada na prática no Brasil. Citando um mapeamento realizado pela Secretaria Nacional Antidrogas, referente aos anos de 2006 e 2007, Alves e Lima dizem que

foram mapeadas 9.503 instituições governamentais e não governamentais que desenvolvem ações de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, redução de danos sociais e à saúde, ensino e pesquisa. O mapeamento demonstra que, com exceção das instituições de ensino e pesquisa, a rede de atenção às questões do consumo de álcool e outras drogas constitui-se predominantemente por instituições não

governamentais, particularmente as Comunidades Terapêuticas (55,2%) e os Grupos de Ajuda Mútua, a exemplo dos Alcoólicos Anônimos (12,9%). Os CAPSad representavam 33,7% das instituições assistenciais existentes no país (Alves; Lima, 2013, p.19).

Como bem demonstra Fontes (2007), é importante ressaltar também que com as reformas e a consequente desinstitucionalização do atendimento aos portadores de transtornos mentais, estes foram reintroduzidos na sociedade, e outros atores foram convidados para participar no seu processo de cuidado, como os

círculos sociais mais próximos (família, vizinhos), o campo profissional. Reconhece-se, desta forma, a importância das redes sociais, dos apoios sociais consequentes desta inserção em campos de sociabilidade mais amplos, tanto do ponto de vista da reconstrução de um cotidiano, muitas vezes perdido pelo sofrimento psíquico, e também como importante auxiliar no tratamento, a partir dos diversos dispositivos de apoio e solidariedade oferecidos por estes outros atores não inscritos no campo médico (Fontes, 2007, p.87).

Pode-se pensar que as relações sociais próximas e familiares, se deterioradas, influenciam o desenvolvimento da dependência química – a desestrutura familiar é um *fator de risco* para a dependência, principalmente de jovens – mas que também, se reconstituídas terapeuticamente, colaboram para o processo terapêutico do dependente químico, como demonstram Schenker e Minayo (2004, p.654): “as intervenções, cuja base é a família, podem ter maior sucesso no engajamento, na retenção e no resultado com os adictos do que as intervenções focadas no indivíduo”²⁷.

Quando *a relação* dos familiares com o indivíduo dependente químico se torna patológica por si própria e se estabelece uma dependência emocional dos primeiros em relação aos segundos. Os familiares se tornam dependentes da relação de dependência do outro (o dependente químico) em relação a si mesmo (familiar). De acordo com Sobral e Pereira (2012, p.2), a codependência “pode ser definida como um transtorno emocional característico de familiares ou de pessoas da convivência direta de dependentes químicos, de jogadores patológicos e de pessoas com transtorno de personalidade”. Também afirmam que codependentes podem ser familiares, amigos,

²⁷ Sobre o mesmo assunto, ver também Schenker e Minayo (2003), Orth e Moréb (2008), Seadi e Oliveira (2009).

vizinhos, cuidadores: quaisquer pessoas em contato direto com o dependente químico. Moraes *et al.* (2009), a partir de estudo qualitativo realizado com acompanhantes de dependentes químicos em unidade de CAPS-ad do Ceará dizem o seguinte:

Com maior ou menor intensidade, todos os familiares que compuseram o grupo se encontravam emocionalmente dependentes de seus filhos, filhas, esposos ou irmãos dependentes químicos; desconheciam parte de sua realidade; não conseguiam estabelecer limites, para si e para o parente dependente químico; perderam parte, ou totalmente, de sua identidade e autonomia, passando a viver a vida do outro, a quem queriam controlar e conduzir os pensamentos e comportamentos (Moraes *et al.*, 2009, p.37)²⁸.

Ou seja, mesmo nos meandros deste emaranhado de instituições, a rede social próxima dos indivíduos, principalmente a família nuclear, é considerada um fator importante, quando não essencial. Seja no sentido de que atuam como uma rede de proteção e controle social mais próximo e cotidiano que pode ajudar a prevenir ou identificar possíveis problemas relacionados ao uso de psicoativos – ou identificar acusativamente os próprios usos –, inserir os indivíduos na rede terapêutica e posteriormente reinseri-los na vida social cotidiana. Seja no sentido sugerido pelo conceito de *codependência*: de que a família ou as relações sociais próximas podem ser compartilhadas do processo de dependência química também de forma patológica. Podem se tornar, eles próprios, também dependentes. Neste caso, dependentes da dependência química de seus familiares, o que acarreta também na necessidade de intervenção terapêutica direcionada aos *codependentes* e abre outro conjunto de questões que não cabem exatamente na discussão aqui apresentada.

3.3 Quando o controle legal e o biomédico se entrecruzam²⁹

²⁸ Para outras informações sobre *codependência*, ver também Sanda (2001), Zampieri (2004), Beattie (2007; 2005).

²⁹ Um exemplo etnográfico retirado do trabalho de campo sobre esse entrecruzamento biomédico-legal pode ser observado claramente na trajetória de Bernardo, apresentada no último capítulo do trabalho. É possível de fazer essa leitura neste momento, como em um hipertexto, acessando diretamente a pág. 200 deste trabalho, depois voltando ao desenrolar normal da leitura. O sentido não se perde se a leitura for feita posteriormente, no decurso natural do texto.

Retomando o argumento sobre a diversidade de possibilidades de direcionamento terapêutico no Brasil, vejo como necessário neste momento chamar a atenção para fatos que tocam algumas das perguntas propostas por esta pesquisa. Mesmo com o deslocamento da esfera jurídico/punitiva para a da saúde, a intervenção sobre a dependência química em algumas situações ainda está diretamente relacionada a um tipo de normatividade, coerção ou imposição, como nos casos de *internação involuntária* ou *internação compulsória* de pacientes psiquiátricos em geral. Existem parâmetros jurídicos que permitem a internação sem o consentimento do paciente desde que um familiar seja responsável e um médico concorde, no caso da internação involuntária, e desde que um juiz determine, no caso da internação compulsória (Barros; Serafim, 2009).

Os processos de internação podem ocorrer a partir da procura do próprio paciente ou do seu consentimento, quando restritos exclusivamente ao contexto da saúde, mas parecem ocorrer internações judiciosas, o que traz complicadores éticos para a questão, como também aponta Fortes:

A internação compulsória imposta ao paciente e ao médico assistente, nem sempre baseado em laudos e avaliações de psiquiatras, leva preocupação aos profissionais médicos, por caracterizar a chamada judicialização de ato médico (...) As instituições jurídicas passam a atuar e a interferir na área de saúde mental, de tal forma que atualmente, se constituem em uma via de acesso à internação psiquiátrica, causando desconforto aos médicos e desrespeito a autonomia do paciente, fragilizando a relação entre estes (Fortes, 2010, p.5329).

Ainda no ano de 2010, em uma breve visita a dois espaços identificados com o campo jurídico eu pude comprovar que este também atua de forma importante neste sentido. A Defensoria Pública em Porto Alegre, em sua área de Saúde e também na Vara de Família, lida diariamente com mais ou menos cinco pedidos de internação compulsória de usuários de substâncias psicoativas – ilícitas, na grande maioria. De acordo com a defensora pública responsável, 80% dos casos dizem respeito a famílias tentando “se livrar” de algum familiar que está incomodando muito e causando problemas devido ao consumo de substâncias psicoativas. Ou seja, são pessoas que, ao invés de se engajarem na ajuda a este familiar, recorrem à intervenção do Estado para a resolução do problema. O fato de estar causando um transtorno à ordem pública ou

familiar e ao mesmo tempo ser usuário de substância psicoativa respalda a intervenção judicial, sendo que o recurso é mais aplicado no caso de se tratar de menores de 18 anos.

Como demonstrado nas páginas anteriores, observamos na atualidade a preponderância das ciências biomédicas na produção de conhecimento e na abordagem do tema da dependência química e do uso de substâncias psicoativas em geral. Este fato contribuiu para a diminuição do estigma relacionado aos dependentes, não mais considerados criminosos, mas casos clínicos. Mas ao mesmo tempo, de acordo com Stengers (1997), a abordagem biomédica e o argumento pela preservação da saúde abarcam, por vezes, qualquer tipo de uso de substâncias ilícitas. De acordo com a autora, considera-se o fato de alguém utilizar uma substância proibida um indicativo de que algo não vai bem. Nas suas palavras:

Estes são os milagres do consenso moral. A premissa ‘não use drogas’ leva primeiramente a uma psicologização da lei e, em seguida, a uma ‘juridização’ do problema psicológico. Todos os gatos se tornaram pardos e ninguém mais sabe sobre o que se está falando – o problema colocado pela adição a drogas, a pertinência de uma lei, a relação quase democrática entre o indivíduo e a lei quando esta é colocada em termos psicanalíticos, ou os fundamentos de uma sociedade democrática. O uso de drogas, infração à lei, já ‘significa’ adição a drogas, uma mensagem desesperada para uma lei ausente. A categorização entre legal e ilegal se tornou a manifestação da ‘arbitrariedade do significador’, que é indiferente à realidade já que é isso que estrutura a realidade. E a lei finalmente se tornou um projeto que requer não respeito, mas aderência. ‘Você deve ser livre’, diz o juiz. Uma injunção paradoxal à subjugação da autonomia. (Stengers, 1997, p.230-231).

Esta por vezes presumida equivalência entre uso problemático de psicoativos – um problema com a lei poderia configurar um uso problemático, mas não necessariamente no sentido da saúde biopsicológica – e dependência química é mais aparente em se tratando de substâncias ilícitas e possivelmente acrescenta complicadores para a própria abordagem terapêutica. A última categoria diz respeito a uma condição clínica mais ou menos delimitável, com sintomas específicos, e a primeira deveria se referir a problemas associados ou derivados do consumo de alguma substância psicoativa, mas não necessariamente ser equivalente à dependência. Esses

supostos problemas poderiam ser resolvidos sem a necessidade de *tratar o uso de psicoativos em si mesmo*. Há muitos outros possíveis problemas associados a essas práticas, mas parece que a rede de atenção em saúde para esses indivíduos está direcionada aos usuários problemáticos e dependentes. Em outras palavras, direcionada a *produzir dependentes* ou *usuários problemáticos*. Parece não haver alternativa aos usuários de psicoativos senão a de se inserir no sistema de atenção através das categorias de usuário problemático ou dependente químico – categorias que produzem um tipo de *alteridade patológica*.

Como demonstram Janssens *et al.* (2004), o cuidado aos dependentes é carregado de ambiguidades intrínsecas, isso se deve em parte porque nesta questão se interconectam duas *antropologias* em parte incompatíveis:

Dentro de uma antropologia, o dependente é visto como um paciente, que precisa de ajuda. O uso de drogas é visto como um problema individual. O objetivo do tratamento médico é a abstinência. Se este objetivo não pode ser atingido e o dependente retoma o uso seguidamente, a diminuição dos sintomas causados pelo uso de drogas deve ser buscada. Esta antropologia pode ser chamada de antropologia *médica* (...) Dentro da outra antropologia o dependente é visto como um cliente e um agente moral autônomo. A dependência é uma condição auto infligida; um vício. Não é visto como um problema individual e sim como um problema social, e a sociedade deve proteger seu cidadãos. Dependentes escolhem usar certa droga sabendo que este uso envolve riscos. Se comportamento criminal se segue, o dependente deve responder, pois ele sabia que riscos estavam envolvidos. Desta forma, se outros estão sendo prejudicados por um dependente, este merece punição. Não é a abstinência nem medidas paliativas os objetivos do tratamento, mas a prevenção de danos a outros. Esta antropologia pode ser chamada antropologia *legal* (Janssens *et al.*, 2004, p.454).

É nesta complexa malha social composta por instituições, saberes científicos e técnicos de natureza diversa, leis e relações sociais mais e menos próximas que se constituem as trajetórias de dependentes químicos, através de diversas modalidades de negociação entre família e usuário, entre instituições policiais/justiça e usuários, entre instituições terapêuticas (biomédicas ou não) e usuários. É possível que indivíduos passem por instituições previstas nas políticas públicas, mas que participam de forma complementar não contemplam os princípios da redução de danos, como Comunidades

Terapêuticas ou grupos de ajuda mútua. Ao mesmo tempo, é sabido que esses princípios ético-norteadores não são compartilhados por todos os profissionais da atenção pública em saúde, seja por opção ética, técnica ou mesmo por falta de formação adequada.

No próximo capítulo apresento algumas reflexões a respeito de como ainda pode ser bastante preponderante a presença de abordagens que privilegiam a patologia no universo da atenção aos usuários de psicoativos no Brasil. Procurei demonstrar até aqui que o privilégio à patologia pode ser baseado no apontamento de características negativas e generalizantes a respeito dos indivíduos usuários de substâncias psicoativas – quando não estigmatizantes por si só. Este processo não necessariamente contribui para a melhor relação dos usuários de psicoativos com o sistema de atenção em saúde e deste com aqueles, ou mesmo dos usuários com o restante do mundo social, seus familiares, vizinhos, colegas de trabalho.

Para exemplificar o argumento de que é preponderante na atenção aos usuários de psicoativos a abordagem patológica, faço um excursão pelo universo da informação – comunicação, formação, treinamento –, tanto midiática quanto de aperfeiçoamento para profissionais que lidam em seus cotidianos de trabalho com usuários, usuários problemáticos e dependentes de psicoativos. A comunicação de informação especializada, ou seja, a produção de uma opinião pública – dirigida ao público leigo ou mesmo para profissionais, técnicos e especialistas que não dominam o tema *dependência química* – pode contribuir, em primeiro lugar, para a disseminação de determinadas interpretações sobre o uso de psicoativos e determinadas práticas terapêuticas em detrimento de outras. Dependerá do espaço comunicativo ocupado por cada prática. Pode contribuir também, e este é o ponto que pretendo ressaltar, para a desconstrução da subjetividade dos usuários de substâncias psicoativas no geral. Mais precisamente, para reconstrução de sua subjetividade a partir de um referencial essencialista e patologizante, que é o de *dependente químico*.

4 – A CONSTRUÇÃO DA “EPIDEMIA DE CONSUMO DE CRACK” E AS IMPLICAÇÕES PARA A REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE

Neste capítulo apresento dois exemplos retirados do trabalho de campo etnográfico a respeito de como, através de diferentes recursos materiais e simbólicos, dentro da vertente de terapêuticas que identifiquei anteriormente como de abstinência, o usuário de psicoativos é socialmente *tornado outra coisa* quando entra em processos de dependência química. Ele é ou um “zumbi-animal” ou um “caso clínico a ser gerenciado”, nunca um ser humano pleno de suas faculdades e capacidades.

A *perda de controle* sobre o próprio comportamento é um dos sintomas identificados pela biomedicina que estabelece o *link* e justifica a intervenção normativa de saúde sobre os indivíduos consumidores de psicoativos. Este sintoma é um dos mais característicos do conceito de dependência química. Mas é importante ressaltar que este conceito deveria ser aplicado em contextos terapêuticos, com objetivos diagnósticos. A característica sintomática e a própria categoria diagnóstica, ao serem transpostas e repetidas de forma descontextualizada nos processos comunicativos de massa ou mesmo em comunicações com o objetivo de formação (instrução) técnica, podem atuar como fatores estigmatizantes, prejudiciais aos indivíduos que de alguma forma ingressam na rede de atenção em saúde. O sintoma e a categoria diagnóstica assumem, então, uma conotação política, generalizante, universalizante.

Os usuários, os usuários problemáticos e os dependentes de psicoativos são também *colocados em ação* – podem ser vistos como *assemblages* – por processos comunicativos de diversas instâncias. Penso que estes não devem ser ignorados, na medida em que estão também participando, juntamente com o controle legal, o biomédico e o social, da performatização dessa patologia associada a indivíduos e suas práticas de consumo de psicoativos. Pensar nas maneiras pelas quais esses conceitos são comunicados socialmente ajuda a pensar em como essas “tecnologias de governabilidade” (Foucault, 1979), esses modos de produção de verdades, normalização e transformação (reconstrução) de identidades atuam. Como dizem Briggs e Hallin (2007):

Se a biopolítica molda as definições e práticas de cidadania, gênero, raça, sexualidade, prazer e perigo, como essa capacidade de modelagem pula da escala dos laboratórios e hospitais e forja efeitos sociais e políticos mais amplos? Nós sugerimos que a biomedicina não poderia atingir tal produtividade sem a fusão com um importante segmento das culturas industriais – a mídia de notícias [news media] (Briggs; Hallin, 2007, p.44).

Esse assunto, por um motivo prático, relacionado à construção do dado etnográfico, não poderia ser deixado de lado no presente processo de investigação. O começo da minha pesquisa de campo se deu no momento em que crescia uma forte campanha midiática no Rio Grande do Sul, que teve desdobramentos práticos de natureza diversa. A campanha “Crack, nem pensar” se desenrolou através de publicidade, reportagens, editoriais e formação de opinião, tendo culminado com a organização de um evento científico internacional sobre o tema do uso de psicoativos. A campanha ajudou a disseminar uma maneira nada inclusiva de interpretar o uso de substâncias psicoativas, principalmente de substâncias ilícitas, e a dependência química. As implicações diretas desse modo de ver e praticar a dependência química recaem principalmente no indivíduo usuário ou dependente, na medida em que se cria um sistema polarizado, no qual ele só pode ser incluso como *alteridade*, como um *outro*, e um outro que não é consciente de si ou do que faz, transformando-se em *perigo* para a vida social. Um fator interessante é que não se tratou apenas de uma campanha voltada para o público leigo – espectadores, leitores, ouvintes – mas teve também ramificações práticas no sentido da formação e educação de profissionais que lidam com os usuários de substâncias psicoativas.

Outro exemplo de evidências empíricas que acabaram por direcionar a pesquisa no sentido de dialogar com estudos sobre mídia e informação, diz respeito à midiatização de uma suposta “epidemia de consumo de crack” no Brasil no mesmo período em que eu iniciava o trabalho de campo, que inclusive culminou com a criação do programa de investimentos do Governo Federal chamado “Crack, é possível vencer”, citado anteriormente. No ano de 2011, o médico Rodrigo Paiva, representando o Conselho Federal de Medicina, em entrevista ao *site* de internet de uma revista de grande circulação nacional diz que

O Conselho Federal de Medicina reconhece, sim, como uma epidemia, apesar de o governo federal não entender como tal. É

uma questão de saúde pública grave. Uma epidemia não ocorre apenas em casos de doenças contraídas com o contágio por contato pessoal. O termo se aplica também quando o número de casos está avançando. O governo trabalha com até 0,7% da população do país como usuária, o que dá em torno de um milhão de pessoas, mas a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que até 3% da população brasileira seja usuária, ou seja, seis milhões de pessoas. É um quadro muito alarmante³⁰

As estimativas citadas pelo representante do Conselho Federal de Medicina são descontextualizadas. Dizem respeito a dados epidemiológicos da população em geral e considerando a categoria *uso na vida*. Foram baseadas em levantamentos domiciliares realizados anteriormente e não específicos sobre a substância crack, além do fato de que esta substância aparecia junto com a cocaína nas estimativas – ambas derivadas da mesma base química, mas com apresentações diferentes. Aliando aqueles números ao fato de que em grandes centros urbanos como São Paulo e Rio de Janeiro começam a se tornar recorrentes locais de grande concentração de usuários de crack e outras substâncias em situação de abandono social, locais estes conhecidos como *cracolândias*, começa a se formar um tipo de consenso em torno da ideia de *epidemia*, e esta passa a tomar conta dos mais variados meios de comunicação.

Solange Nappo, doutora em Psicobiologia, professora e pesquisadora do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID)³¹, apresentou alguns dados interessantes sobre esse tema durante o *II Simpósio: Redução de Danos e Crack*, realizado em dezembro de 2012 pela UNIFESP e CEBRID³². Sua apresentação, intitulada “*Epidemia! Existe para o crack?*”, tocou exatamente no problema da vulgarização ou disseminação não problematizada da ideia de epidemia, que pode trazer reflexos negativos principalmente para os indivíduos consumidores dessa e de outras substâncias.

Após citar exemplos do uso indiscriminado e não referenciado da ideia de epidemia em reportagens jornalísticas a pesquisadora demonstra, através de exemplos, que a área acadêmica também absorveu e reproduziu a ideia de *epidemia de crack*,

³⁰ Disponível em: <<http://veja.abril.com.br/noticia/saude/o-crack-e-uma-epidemia-no-brasil-mas-o-governo-nao-entende-assim-diz-coordenador-do-cfm>>. Acessado em 06 abr. 2014.

³¹ O CEBRID é um núcleo inserido no Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

³² A informação é baseada nos slides usados na apresentação da pesquisadora. Disponível em: <http://www.proex.unifesp.br/eventos/eventos13/crack_cebrid/docs/PDF/Solange_Nappo.pdf>. Acessado em 01 abr. 2014.

muitas vezes utilizando o termo sem o respaldo de referências bibliográficas que remetessem a estudos anteriores. A produção científica brasileira sobre *crack* referenciada pelos sites *PubMed* e *SciELO* mais do que triplicou entre os anos de 2004 e 2011, segundo a mesma pesquisadora. Além disso, dados a respeito do número absoluto de consumidores de cocaína e da prevalência de consumidores de cocaína em relação à população global foram distorcidos por parte da mídia, segundo esta pesquisadora, colocando o Brasil como o segundo maior consumidor do planeta quando proporcionalmente, em termos de prevalência, se encontra na nona colocação. De acordo com a pesquisadora, esses exageros, quando disseminados, podem trazer implicações para os usuários em mais de um sentido. Primeiramente com o aumento do preconceito com os usuários. Outro problema pode surgir no direcionamento de verbas governamentais, uma vez que epidemias pedem medidas urgentes. Desta forma, podem ser alocadas mais verbas para *tratamento* do que para *prevenção*.

Esses números exagerados e a própria ideia de *epidemia* foram rechaçados recentemente com divulgação de pesquisa específica sobre o crack desenvolvida pela FIOCRUZ. Os principais achados dessa pesquisa, que utilizou uma metodologia diferente, não sendo baseado em amostras de domicílio como os levantamentos tradicionais, são os seguintes: existem aproximadamente 370 mil usuários regulares³³ de crack e/ou similares nas capitais brasileiras; a maior quantidade de usuários não está na Região Sudeste; crianças e adolescentes representam cerca de 14% dos 370 mil usuários; nas capitais, os usuários de crack e/ou similares não representam a maioria dos usuários de drogas ilícitas – há variação entre diferentes regiões do país (Bastos; Bertoni, 2014).

Este será o ponto trabalhado no segundo item deste capítulo, no qual apresento reflexões sobre um evento de aperfeiçoamento profissional que surge exatamente como resposta governamental de enfrentamento à “epidemia” de consumo de crack.

4.1 “Crack, nem pensar” e a “animalização” do usuário de psicoativos

³³ No escopo da pesquisa FIOCRUZ (Bastos; Bertoni, 2014), uso regular refere a 25 vezes nos últimos 6 meses (1 vez por semana), de acordo com a pesquisa.

Inicialmente eu não pretendia abordar a questão do papel da mídia e da comunicação em geral no contexto da presente pesquisa, ainda que sempre tenha me parecido um tema de relevância ímpar e pouco discutido nos estudos sociais sobre o uso de substâncias psicoativas. Não era um dos meus objetivos. Mas o fato de ter havido uma intensa campanha desta natureza no Rio Grande do Sul concomitantemente ao início da pesquisa para a tese me direcionou, na época, a pelo menos acompanhar reportagens, a campanha publicitária, e alguns eventos realizados. A campanha “Crack, nem pensar” foi divulgada intensamente nos anos de 2009 e 2010, sendo que iniciei este trabalho em 2010. Não sabia exatamente o que eu faria com as informações. Com o passar do tempo, o esfriamento da campanha e a divulgação de alguns trabalhos discutindo o conteúdo da mesma, parecia cada vez menos interessante abordar o tema nesta tese. Mas na fase final da pesquisa de campo, quando eu já realizava as entrevistas com pacientes/clientes de espaços terapêuticos, me deparei com o seguinte depoimento de Armando, cuja trajetória de vida será apresentada posteriormente, em capítulo específico ao final do trabalho:

Por que as pessoas tem aquele medo né, de que drogado é violento. Mas enfim... E essa campanha da RBS também contribuiu muito pra isso. Essa campanha do crack. A 1ª fase da campanha, em 2009 e 2010, ela criminalizou, fez um estereótipo do usuário do crack. Que todo cara que tá na rua, que todo cara que é assim daquele jeito é usuário de droga, é crackeiro (...) E não contribuiu nada. As pessoas ficaram com medo. Afastou, criou o medo. Eu culpo a RBS que é o maior [grupo de comunicação] do Estado, um dos maiores do Brasil, fazer uma coisa assim que criminalizou, aumentou a criminalização do pobre, do usuário de drogas. Não gosto desse termo, crackeiro, mas eles usam né. Me senti ali no meio assim, criminalizado, marginalizado. Não poder contribuir pro debate, sabe. Teve um debate na rádio uma vez, chamaram o Presidente da PACTO, outras pessoas que trabalhavam assim. Eu liguei pra lá e perguntei por que não chamaram um usuário. Não chamaram os usuários pra participar (...) Eu senti muito isso com essa campanha. Meus direito violados, sabe? Meus direitos como cidadão, como ser humano, violado. De ver na televisão: ó, o cara que usa crack é assim! Aí tu passa na rua e todo mundo te olha daquele jeito assim. Vai fazer o quê? A mídia tem poder! Por que não pegaram todo esse dinheiro que gastaram na campanha, que deve ter sido bastante, todo espaço na mídia que tiveram, que os idealizadores, que os formuladores da campanha tiveram. Por que não usaram isso para tratar as pessoas?

Deparei-me com uma experiência concreta de alguém que se sentiu afetado pela campanha. A partir dali pude melhor repensar as minhas observações sobre a mesma e entender que, apesar de meu foco principal ser os indivíduos em contextos terapêuticos, esses contextos e os próprios indivíduos coexistem no mesmo mundo concreto, social, no qual a campanha midiática foi disseminada. Pude pensar principalmente sobre a questão que Armando expôs: onde estão os usuários de substâncias psicoativas? Por que eles não participam dos debates, comunicações e práticas terapêuticas sobre o uso de psicoativos e tratamento para problemas relacionados?

Se no capítulo anterior eu tratei das políticas públicas para atenção aos usuários de psicoativos, agora passo a tensionar, através de alguns exemplos empíricos, outro sentido da palavra política que o uso problemático de psicoativos pode trazer à tona. Que é o sentido *prático/uso político* da categoria através de processos comunicativos e informacionais. É difícil que tenhamos definições políticas práticas e pragmáticas em grande escala quando se trata do uso de psicoativos ilícitos no Brasil atual. Se este fosse o caso, teríamos as diversas modalidades da redução de danos de fato guiando as práticas de cuidado em diversos contextos terapêuticos – ao menos como pressuposto –, expostas de forma disseminada em cursos de formação geral para o cuidado a usuários problemáticos de psicoativos e dependentes químicos, ou mesmo enquanto tema relevante para a produção jornalístico-midiática e educativa do cotidiano.

Diferente do que acontece no âmbito da redução de danos, na outra vertente identificada neste trabalho – a da abstinência – dificilmente observamos usuários, usuários problemáticos ou dependentes químicos participando ativamente das formulações teóricas, das práticas de cuidado, ou mesmo das práticas comunicativas. Temos técnicos, profissionais, especialistas, ex-usuários, que conhecem uma determinada realidade observada, classificada e sobre a qual devem intervir. Dentro desse universo observamos *pacientes/clientes* sendo cuidados, de maneiras mais ou menos normatizadoras, moralizantes, ou inclusivas. Diferente do que se passa quando a redução de danos é o princípio do cuidado, onde observamos, acima de tudo, *cidadãos* recebendo cuidado ou, mais precisamente, construindo dialogicamente o autocuidado.

O que me interessa agora é demonstrar como esses pacientes/clientes são desenhados, construídos, praticados, a partir de um exemplo específico, que toca nas questões da *informação, comunicação, formação e educação* sobre uso de psicoativos.

Parto do princípio de que a *informação* sobre uso de psicoativos no Brasil é deficitária em diversos sentidos. E quando ela ocorre é predominantemente embasada em aspectos negativos que ressaltam modelos patológicos de abordagem da questão. Não é meu interesse adentrar nessa discussão sobre educação e prevenção, que pode ser encontrada principalmente na revisão feita por Petuco (2011)³⁴. Em meu trabalho de campo, de doze entrevistados nenhum deles havia recebido qualquer tipo de informação educativa sobre drogas no contexto familiar ou escolar. Nem mesmo a educação voltada para abstinência, proibicionista. Eu poderia citar alguns vieses na construção deste dado da minha pesquisa, mas prefiro tomá-lo como um exemplo de que há uma grande defasagem na educação – preventiva, informacional – sobre uso de psicoativos no Brasil. Com isto quero dizer que campanhas midiáticas podem assumir um papel educador, informativo, na ausência de outros recursos e práticas informacionais, seja no âmbito familiar, no escolar ou nas políticas públicas de uma sociedade específica.

Trato de uma campanha midiática de uma grande empresa de radiodifusão que tem a hegemonia do setor nos dois estados do sul do Brasil, que permeou a sociedade do Rio Grande do Sul e Santa Catarina entre 2009 e 2012, chamada de “Crack, nem pensar”. A campanha contou com apoio de figuras públicas – dos contextos técnico-científicos, midiático, político, etc. – em sua divulgação e disseminação. Não é meu objetivo aqui apenas fazer uma análise da mensagem da campanha publicitária e midiática, mas principalmente de um dos desdobramentos da mesma o qual pude acompanhar durante o trabalho de campo, que foi um evento científico internacional para discutir o tema, o “1º Congresso Internacional Crack e Outras Drogas: Um debate social que se impõe (CONICRACK)”.

Juntamente com Brigs e Hallin penso que a reportagem, ou a informação midiática em saúde, é um ato político, é uma comunicação política, ou ao menos possuem uma conotação política:

34 O autor diz que embora as pesquisas na área de prevenção e educação dos últimos 15 anos apontem na direção da crítica ao modelo de “guerra às drogas”, na prática ocorre o oposto: “Ao que tudo indica, os pesquisadores brasileiros que se dedicaram ao tema ao longo dos últimos 15 anos, e as pessoas e grupos responsáveis pela realização de campanhas de prevenção ao uso de álcool e outras drogas, pensam coisas radicalmente distintas. Nos primeiros anos do século XXI, pesquisas observavam uma diminuição desta distância entre o pensamento acadêmico e o que era efetivado nas campanhas de prevenção. Hoje, há um recrudescimento dos modelos de ‘pedagogia do horror’” (Petuco, 2011, p.30).

Algumas histórias sobre políticas de saúde são indistinguíveis de outras formas de reportagem política; elas seguem as normas comunicativas que prevalecem no campo da política. Provavelmente mais comum, entretanto, são gêneros híbridos nos quais as formas usuais de comunicabilidade da reportagem política são modificadas por aquelas particulares ao do campo da saúde (Brigs; Hallin, 2010, p.153).

Em outra passagem os autores dizem o seguinte, ressaltando para os desdobramentos desses processos comunicativos em saúde para a governamentalidade das populações envolvidas:

Muitas das campanhas de conscientização pública, cada vez mais comuns no campo da saúde nacionalmente, possuem combinações similares de objetivos; com a intenção de melhorar a ‘governamentalidade’ ao educar públicos para evitar comportamentos individuais ‘de risco’ ou fazer uso de serviços e produtos biomédicos, moldar prioridades de pesquisa e financiamento, ou mesmo mudar o balanço do poder político, como em campanhas anti-fumo que não miram simplesmente os cigarros, mas a indústria tabagista (Brigs; Hallin, 2010, p.153).

Desta forma, é possível de pensar na campanha e no evento científico de que trato aqui da mesma maneira. Este evento foi resultado de um projeto encabeçado por um dos maiores grupos de comunicação privada do Brasil e líder do setor na região sul do país – Rede Brasil Sul de Comunicação (RBS). O grande alcance e o respaldo social do grupo são inegáveis nos estados do Rio Grande do Sul e Santa Catarina. Trata-se da maior afiliada do maior grupo de comunicação brasileiro, a Rede Globo de Comunicação. Faccin (2009), ao traçar a história do jornal impresso de maior circulação no sul do Brasil, o *Zero Hora*, pertencente ao grupo RBS, apresenta os seguintes dados sobre a corporação de mídia:

O grupo RBS controla hoje 65 empresas operacionais e é o terceiro maior grupo de mídia do Brasil. (...) São mais de seis mil funcionários e faturamento superior a US\$ 630 milhões ao ano. Seus produtos e serviços são consumidos por um público de 14 milhões de ouvintes, leitores e telespectadores no Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Brasília. O jornal *Zero Hora* é o quinto maior em circulação no Brasil (...) [e] a área de comunicação impressa do grupo RBS soma mais de 350 mil cópias em cada domingo (Faccin, 2009, p.5).

O autor ainda faz a ressalva de que dentro do Rio Grande do Sul o grupo RBS divide o mercado com muitos outros suportes de comunicação, embora possua 12 das 21 emissoras de televisão do Estado e controlem 80% do mercado publicitário regional. A divisão quantitativa menos hegemônica se dá em outros veículos de comunicação como o rádio e a mídia impressa. Ainda assim, o jornal *Zero Hora* “é lido [diariamente] por 1.482.800 leitores, o que representa 42,1% dos leitores de jornais do Estado [do Rio Grande do Sul]” (Faccin, 2009, p.5). Sem contar o fato de que o grupo RBS ainda detém, no Rio Grande do Sul e em Santa Catarina, mais cinco outros jornais impressos. Somando-se estes dados ao já citado número de emissoras de televisão que a RBS possui nos dois Estados se pode dizer que a publicidade, o jornalismo e a opinião transmitidos pelo grupo corporativo de comunicação estão presentes em maior ou menor grau no dia-a-dia do cidadão médio dessas localidades. Se essas mensagens são assimiladas, rejeitadas ou transformadas após a sua recepção não é a questão mais importante aqui.

Estou partindo do pressuposto de que na contemporaneidade veículos de *mass media* podem assumir um papel político, ou de agente político/social, principalmente através da sua competência jornalística com o uso do relato supostamente neutro e objetivo de determinados fatos do cotidiano. É um fato observável a disseminação de instrumentos técnicos de comunicação em massa no decorrer do séc. XX³⁵. Instrumentos estes que possuem a capacidade de transmitir mensagens e símbolos de forma mais ou menos homogênea para um público numericamente grande e geograficamente pulverizado. Obviamente existem vários tipos de abordagem teóricas sobre o advento das mídias nas sociedades modernas, que invariavelmente tocam na questão do poder de persuasão da mídia corporativa, nas possibilidades de assimilação das mensagens pelo público, entre outros temas.

Leal (1983), em seu trabalho sobre a leitura social de uma novela televisiva no Brasil, resume desta forma uma ideia central para os teóricos frankfurtianos³⁶, essenciais para se pensar o funcionamento da *indústria cultural* no séc. XX:

³⁵ Na maioria das vezes pertencentes a grupos corporativos detentores de capital econômico, ou então de posse de Estados, embora nas últimas décadas seja possível de vislumbrar um movimento no sentido de democratização da posse desses instrumentos tecnológicos e de espaços de divulgação, principalmente com o surgimento e popularização da internet.

³⁶ Principalmente Adorno (1970; 1977), Adorno e Horkheimer (1975).

(...) por um lado, o frankfurtianos trataram as questões culturais sem o reducionismo economicista que as concebe como *supraestrutura*, e situaram a produção cultural no próprio processo de produção e as entenderam como formas reificadas da ideologia autoritária da falsa satisfação do consumo. Chamaram atenção para a racionalidade da técnica como ideologia, onde a interação comunicativa cada vez mais se instrumentaliza via um código técnico. Se pensarmos, este código, em termos de código dominante, espaço de autoridade, mas que se articula e rearticula ao nível das relações sociais concretas, de estruturas do senso comum e da vida cotidiana, teremos uma concepção bastante rica de realidade social. Tomemos estas especificidades culturais como elementos que classificam e dão significado ao mundo, conformando um sistema próprio de representações que, em parte, mas apenas em parte, utiliza o código do poder, que classifica e reconhece o lugar da autoridade (Leal, 1983, p.24).

A partir disto pode-se levar em consideração a importância da análise de uma campanha midiática a respeito de usuários de *crack* e substâncias ilícitas no geral. Um grande grupo de comunicação de massa, ao divulgar recorrentemente imagens, sentidos, significados a respeito de certo tipo de dependente químico, auxilia os grupos culturais a se informar e formar sua própria visão sobre o fenômeno, que também estará ligada às vivências no mundo social, interacional. É fundamental entender que existe uma influência, mais direta ou menos direta em cada situação específica, do *medium* sobre sua audiência (leitores, etc.).

Schudson (2002) identifica, de maneira geral, três perspectivas pelas quais os cientistas sociais têm abordado a produção de notícias pela mídia, que na maioria das vezes se sobrepõem: a da economia política (macro-sociológica), a sociológica (organização social, profissões) e a cultural (sistemas simbólicos). Para o argumento que construo neste momento me interessa levar em conta, juntamente com Schudson, que

os Noticiários [*News*] são uma forma de cultura. É um gênero estruturado ou um conjunto de gêneros de produção de significado público. (...) [ao mesmo tempo] é um produto material e há dimensões políticas, sociais e culturais para entender sua produção, distribuição, e apropriação pelas audiências (Schudson, 2002, p.251).

Para os propósitos do presente trabalho, em primeiro lugar amplia-se um pouco o alcance de ideias de alguns dos estudiosos da Escola de Frankfurt que cunharam o termo “indústria cultural” para falar sobre a produção em massa, industrial, de bens culturais, considerados como bens de consumo em uma sociedade capitalista. Eles identificaram a “indústria cultural” como reflexo do desenvolvimento capitalista e tecnológico e a análise crítica que desenvolvem sobre o fenômeno se desvela no argumento de que é um veículo canalizado para a sujeição e obediência das massas modernas. Mas, voltando ao argumento de Leal (1983), é importante levar em consideração os modos com que os indivíduos e grupos de indivíduos concretos assimilam esses processos considerados de dominação.

Estou interpretando aqui a produção e circulação de um bem simbólico, como as notícias, as reportagens, os editoriais e outros tipos de produção midiática enquanto um objeto da cultura, um dentre vários conjuntos de elementos simbólicos, imagéticos, informativos, e materiais com os quais os indivíduos ou grupos de indivíduos constroem a sua relação com o mundo material, objetivo. Estou sugerindo aqui interpretar a produção de *notícias* ou *fatos jornalísticos* também como um objeto cultural de nosso tempo e, a partir do que foi exposto logo acima, um bem de consumo, com o qual os indivíduos podem ou não se associar para se relacionar com o mundo material. Trata-se de uma “indústria cultural” que produz também informação massificada como bem de consumo. E isso está ligado, em maior ou menor grau, com o desenvolvimento de instituições – particulares, públicas, estatais – que historicamente são detentoras dos meios materiais de produção e disseminação dessas informações (tecnologia), e do desempenho profissional de jornalistas ou grupos de jornalistas.

McQuail (2006), apesar de considerar o tema um tanto ambíguo, sistematiza de maneira bastante pragmática os tipos-ideais de papéis (sociais) que a mídia jornalística – em suas mais diversas manifestações tecnológicas – pode assumir dentro das sociedades consideradas democráticas na atualidade³⁷. Ele está pensando em quatro tipos-ideias de

³⁷ Resumidamente, ele define assim os termos usados: “Por *mídia (media)* entendo todos os tipos de comunicação pública, embora maior atenção seja dada à mídia oficial ou *mainstream*, onde o trabalho do jornalista profissional está inserido. Por *sociedade* entendo qualquer coletividade social para a qual a mídia pode estar orientada (...) [como] países, cidades, localidades, grupos circunscritos (comunidade) (...) incluindo instituições (...), que podem fazer uso da mídia para seus propósitos. Por *papel (role)* eu penso em um composto de tarefas ocupacionais e propósitos que apresentam amplo reconhecimento e recorrência (possui um caráter duradouro e estável). O elemento do propósito em um *papel* introduz o caráter normativo de certos papéis – inclui um elemento de desejável embasamento em valores (...) O termo *normativo* é usado para significar que as ações/práticas envolvidas em performatizar um papel

relação que a mídia pode estabelecer com a sociedade, que na realidade não se apresentam de maneira tão homogênea. Trata-se de categorias analíticas, que ajudam a pensar e localizar socialmente as tecnologias de produção em massa de objetos culturais informacionais. Cada um desses quatro papéis especifica certas tarefas para o jornalismo, com um componente normativo associado a cada um deles. De acordo com o autor esses papéis são:

O papel de *monitoramento* (informacional) (...), que descreve as tarefas mais fundamentais do jornalismo, com especial referência a: manter uma vigilância constante do mundo social, tanto imediato quanto amplo, com relevância ao próprio público da mídia; encontrar, processar e publicar relatos de notícias objetivos e confiáveis; atuar como conduto para informação e visões de uma gama de outras fontes na sociedade; sinalização de eventos e configuração de uma agenda (...) O papel *facilitador* (...) que se refere ao jornalismo que ajuda a atividade democrática na mais ampla esfera pública da sociedade civil, suporta a formação comunitária e participação cidadã, provê linhas de comunicação entre cidadãos e governo (...) O papel *colaborativo* (...) [que] é adotado sob circunstâncias onde as necessidades mais amplas da sociedade prevalecem diante do lucro ou do propósito jornalístico e requer cooperação da mídia com outras agências externas, às vezes até do governo, quando este não é um potencial adversário (...) [como] em desastres naturais, guerra ou crises (...) O papel *radical* (...) sai dos comentários rotineiros e da formação de opinião e se refere à escolha de uma postura antagônica em relação à autoridade, com motivações claramente normativas. O jornalista neste papel toma o lado de uma causa ou crença, de uma minoria ou outro grupo vitimizado ou carente (...) Este papel claramente não é consistente com o modelo dominante de conduta objetiva, pluralista e ‘profissional’ (McQuail, 2006, p.55-56).

Com isto quero dizer que um grupo de comunicação da envergadura do Grupo RBS, que está diariamente em contato com grande parte da população gaúcha e catarinense, ao abordar um assunto recorrentemente com ênfase particular e por um longo período de tempo, não pode ser ignorado como um ator social *político*. E não apenas no sentido de que suas reportagens jornalísticas colocam em ação determinadas facetas da dependência química – ou uma determinada dependência química –, mas

são guiadas por um ideal externo; elas não são executadas primariamente para uma recompensa material ou vantagem calculada (...) [T]ambém implica um elemento de associação com outros e alguma forma de responsabilização ou vontade de ser responsabilizado” (McQuail, 2006, p.48-49).

também no sentido de que o grupo RBS, ao se associar com outros atores sociais institucionais de natureza diversa – universidades, Ministério Público, organizações da sociedade civil, instituição de classe (juristas, magistrados, médicos) – e promover ações práticas no âmbito social, extrapola o alcance simbólico de sua campanha editorial/jornalística. Em outras palavras, penso que tanto a mensagem jornalística quanto as ações institucionais colocam em prática uma determinada dependência química que informa o ambiente social e os indivíduos – usuários de psicoativos, familiares, profissionais em geral sem formação específica sobre o assunto, a sociedade em geral –, projetando o que na visão do grupo é o uso de psicoativos e de quem e como são os usuários em geral.

A campanha “Crack, nem pensar” não pode ser deixada de lado no âmbito desta tese por esses diferentes motivos. Tendo sido veiculada em todas as mídias nas quais o grupo RBS comunica, o alcance dos slogans e das imagens, em termos de divulgação nos dois Estados do sul do Brasil, foi enorme. Além disso, houve diversos tipos de mobilização social em várias instâncias, como arrecadação de doações em dinheiro com destino a campanhas preventivas em cidades com filiais da RBS, campanhas de rua, palestras, o próprio evento científico já citado, entre outras. Quero dizer que foi uma mensagem específica *martelando* o imaginário social recorrentemente, direta ou indiretamente, a partir de diferentes pontos de disseminação, muitos deles fora do contexto específico da *comunicação* ou do jornalismo.

No decorrer do evento CONICRACK um representante³⁸ do grupo RBS explicou como o grupo pensou a campanha “Crack, nem pensar”. Em primeiro lugar ele demonstrou que a mesma foi pensada em quatro eixos principais. O *publicitário*, “mandando uma mensagem muito direta, objetiva, que pudesse impactar a comunidade; o *editorial*, “onde seria possível aprofundar o tema a partir de todos os aspectos”; *ação para o público interno*, “com o objetivo de envolver todos os 6 mil funcionários da empresa”; e a *articulação com a sociedade*, quando se aproximaram “do poder público, da sociedade civil, das ONGs, universidades, todos os setores que tratam do tema em forma conjunta”. Ou seja, foi uma ação institucional, ainda que de um grupo de mídia, mas pensada para impactar a vida social como um todo. O objetivo não foi simplesmente informar, mas transformar, provocar a ação. E como isto foi feito e

³⁸ No caso, Alceu Nascimento, gerente executivo da Fundação Maurício Sirotsky Sobrinho, braço institucional para a mobilização social do grupo RBS. As citações foram retiradas da fala dele durante o Painel de Prevenção do evento CONICRACK.

pensado? Nas palavras do próprio representante do grupo RBS, em sua apresentação para o público no primeiro dia de evento:

O foco não poderia ser outro senão o da *prevenção*. O nosso público-alvo não é apenas o usuário, mas também a sociedade. Conversar com a sociedade, conversar com os jovens, conversar com as famílias, sobre a ideia de que nós tínhamos que nos preocupar, enfrentar esse assunto dentro de casa, debater nas escolas, enfim, o *grande objetivo era: nenhum novo consumidor de crack no RS*. (...). A estratégia tem mais ou menos sempre o mesmo poder. A campanha publicitária seria chave para a mobilização. Mas além da campanha publicitária percebemos que a *estratégia mais importante seria o uso do espaço editorial*. Nós não conseguiríamos traduzir tudo em um espaço de 30 segundos. Iríamos fazer uma importante ação editorial para tratar do tema com propriedade. (...) A principal estratégia nessa campanha especificamente, e foi o ponto alto dessa campanha, eu diria, foi todo o trabalho editorial feito pelo grupo RBS com profissionalismo. Foram mais de 660 inserções nos jornais do grupo tratando o tema sob diversos pontos. Na TV fizemos algumas reportagens muito importantes, que pudessem mostrar exatamente todo o ciclo do processo do crack, de como ele impacta a criança, o jovem, a pessoa adulta. Fizemos debates na RBS, TVCom, no RS e SC, envolvendo rádios, jornais. Era uma ação para não deixar dúvidas de que a sociedade estaria entendendo, debatendo, enfim. Ninguém mais poderia dizer que não conhece esse problema. Além disso, nós nos envolvemos muito em ações articuladas com a sociedade coletiva. Corpo a corpo. 5 mil camisetas distribuídas, 1 milhão de adesivos distribuídos, 350 mil cartazes e cartilhas distribuídos nas escolas, apoio de empresas e organizações. Tivemos nessa primeira fase da campanha o apoio de 85 organizações privadas, 30 organizações não governamentais, 47 organizações públicas, 42 instituições de ensino, 17 grupos da terceira idade, que se envolveram, abraçaram a campanha, vestiram a camiseta e que incorporaram essa mensagem. A ideia é de que a campanha não era da RBS. A campanha era sociedade gaúcha. Qualquer um poderia baixar o selo da campanha, baixar os cartazes, palestras. As pessoas poderiam replicar essas palestras. A ideia era terceirizar e fazer com que a campanha tivesse um processo viral e que a sociedade pudesse realmente se apropriar dessa campanha e dar a sua contribuição também [grifos meus].

Dentro da tipologia apresentada acima (McQuail, 2006), este é um exemplo que demonstra a fluidez dos diferentes papéis sociais que a mídia pode assumir em alguns momentos quando trata de determinados temas. Na prática fica difícil de

categorizar a campanha estritamente dentro de uma ou outra das quatro categorias apresentadas anteriormente, mas é possível de sugerir que a proposta da campanha, como citada por um dos seus idealizadores, tenta abranger todos os papéis em maior ou menor grau: desde o *monitoramento* jornalístico sobre o “problema das drogas”, passando pelo papel de *facilitador* do engajamento coletivo a partir da constatação de um problema social, pelo *colaborativo*, ao se filiar a outras instituições para praticar a mudança e, também, do papel *radical*, na medida em que assume ideologicamente uma posição não necessariamente neutra do ponto de vista jornalístico, mas principalmente política, dadas as particularidades do tema. Ao fazer uma pesquisa nos arquivos digitais da seção editorial e de artigos de opinião do Jornal Zero Hora³⁹ no ano de 2012 (maio a dezembro), encontrei 26 ocorrências que tocam em assuntos relacionados a esta tese. O espaço para opiniões contrárias à defendida pelo grupo de comunicação esteve sempre aberto, mas praticamente não foi ocupado, salvo uma ou outra exceção. O que se observa são inserções editoriais e de opinião que corroboram a visão do grupo de comunicação sobre o tema uso de substâncias psicoativas.

A fala de Alceu Nascimento, retirada da apresentação que ele, enquanto representante da RBS fez no evento – apresentada logo acima – incita a pensar que por mais que o objetivo principal da campanha tenha sido louvável, na prática se apresentava como inatingível e muito distante do mundo social e das práticas humanas concretas. “Nenhum novo usuário de crack no Rio Grande do Sul”. Quando observamos as peças jornalísticas e publicitárias da campanha vemos que a tentativa de atingir tal objetivo se efetivou através de uma mensagem também idealizada, a da “pedagogia do terror”, incitando o medo.

Romanini e Roso (2012), ao analisar uma série de reportagens do jornal Zero Hora intitulada “A epidemia de crack”, publicada entre 6 e 13 de julho de 2008, apontam para as formas simbólicas do *crack*, a partir da análise discursiva das matérias apresentadas. O *crack* é apresentado como “epidêmico, avassalador e diabólico”, algo que tem vida própria, praticamente “um ser que invade lares e destrói famílias”. A série também faz a associação direta entre crack e violência, colocando a substância como o motor da violência no Rio Grande do Sul, naturalizando a ideia de que os usuários de crack – e, por consequência, de psicoativos ilícitos em geral – são criminosos. Os

³⁹ Esse arquivo pode ser acessado no seguinte endereço eletrônico. Disponível em: <<http://wp.clicrbs.com.br/opiniaozh/?topo=13.1.1,,13>> Acessado em 11 jan. 2014.

autores ainda chamam a atenção para outra característica da série jornalística: a de apresentar argumentos a favor de políticas de repressão, em detrimento da prevenção da promoção da saúde e da prevenção. A redução de danos, que é a diretriz básica das políticas públicas sobre o tema, nem é citada. Para finalizar, os autores dizem que

Ainda falta à sociedade [brasileira] meios que proporcionem um olhar realista e ponderado sobre o assunto, que evite cair nos estereótipos mais comuns das visões romantizadas ou associadas unicamente à violência. Por causa dessas visões, a sociedade acaba demandando uma política de repressão, e não de saúde (Romanini; Roso, 2012, p.94).

Analisando a parte publicitária da mesma campanha, que foi intensamente baseada em mensagens curtas e impactantes e, principalmente, em imagens chocantes, o trabalho de Petuco (2011) é exemplar ao debater tal assunto. O autor faz uma leitura arqueológica foucaultiana do discurso subjacente às imagens da campanha publicitária. Ressalto novamente que meu objetivo aqui não é retomar essas imagens e discursos, mas apenas citá-los, com o intuito de exemplificar o mote da campanha midiática que culminou com a organização de um evento científico de formação. Os temas de cada peça, na primeira fase da campanha, são definidos pelas seguintes frases de impacto, obviamente introduzidas em um cenário imagético também negativo, sombrio: “Vender o corpo por uma pedra de crack”, “Perder todos os amigos”, “Perder totalmente a dignidade”, “Bater na própria mãe”. Já na segunda fase os temas foram definidos pelas seguintes frases: “Sua mãe desistindo de você”, “Sua filha com vergonha de você”, “Seu pai desesperado por você”, “Seu irmão fugindo de você”, “Seu melhor amigo evitando você”, “Sua namorada com repulsa de você”, “Seu filho com medo de você”. Resumidamente, Petuco diz o seguinte:

O que está sendo dito nestas campanhas? Que os usuários de crack são monstros perigosos, que habitam as sombras, a escuridão, os becos sujos, as escadarias, calçadas. Desumanizados, são capazes de fazer sofrer às pessoas que os amam, roubando-lhes dinheiro, agredindo-as, negligenciando cuidados e carinho, destruindo sonhos, desejos, anseios, desfazendo relações, traíndo a confiança. Tudo por causa do crack (Petuco, 2011, p.117).

Mas o alcance e a recepção pública da campanha midiática não são o objeto principal de análise aqui. Não se trata de entender como e se as mensagens são recebidas ou até que ponto elas são crítica ou acriticamente assimiladas pelo público, e sim colocar em perspectiva o argumento que está sendo transmitido – de certa forma, tensionar qual tipo de realidade patológica está sendo colocada em ação. Em outras palavras, procuro aqui demonstrar como a campanha *coloca em ação (enact)* uma determinada dependência química, ressaltando aspectos do problema que não necessariamente são aqueles que contribuem para o melhor *acolhimento e cuidado* aos dependentes químicos. Midiática e publicitariamente houve o privilégio explícito a uma visão demonizadora do problema de saúde, que ao mesmo tempo só pode ser respaldado ou legitimado tendo como fiadores o discurso político, o científico e o jurídico-policial.

Pensando em termos de uma antropologia de representações sociais, esta campanha atuou de forma contundente disseminando uma determinada visão sobre a “questão das drogas”, pautada principalmente pela demonização do uso e dos usuários de crack. Fosse através da campanha publicitária, dos editoriais em jornais impressos de grande circulação ou mesmo nas reportagens divulgadas nas diferentes mídias que o grupo comunica, houve um argumento, um conjunto de ideias sendo transmitido: de que o crack vicia instantaneamente; de que grande parte de violência presente nos centros urbanos e até rurais é consequência direta do uso de crack; de que os usuários de crack mentem, roubam, se prostituem e se tornam agressivos; de que há uma epidemia de uso de psicoativos ilícitos, principalmente de crack; de que a única maneira de se contornar tais problemas ditos sociais é através da repressão ao tráfico e aos usuários; de que a melhor maneira de se prevenir o uso dessa e de outras substâncias é suprimindo o diálogo e a informação; de que a melhor prevenção é o não uso; de que a melhor opção para contornar os problemas de saúde relacionados reside na patologização e nas diversas modalidades de tratamento – ambulatorial, hospitalar, grupos de ajuda mútua, comunidades terapêuticas, etc. Trata-se da lógica do “nem pensar”.

E essa lógica foi o pano de fundo do evento científico citado anteriormente – 1º Congresso Internacional Crack e Outras Drogas: Um debate social que se impõe (CONICRACK) –, realizado conjuntamente pela rede de comunicação RBS, a Associação do Ministério Público do RS, e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Este evento pode ser visto como um ponto alto da campanha “Crack, nem pensar”, já que contou com grande participação de trabalhadores da área de saúde, assistência

social e outras áreas que atuam na atenção ao usuário de substâncias psicoativas vindos de todo o estado do RS e outros locais do Brasil, inclusive com respaldo e alocação de recursos públicos para o deslocamento dessas pessoas.

O evento contou com palestras de diversas autoridades e especialistas no assunto – o presidente do Superior Tribunal Federal do Brasil à época fez a fala de abertura e especialistas em dependência química, em comunicação, em educação e segurança pública do Brasil e do exterior participaram. O público reunido ultrapassou as mil pessoas que vieram de locais diversos dentro do Brasil – por volta de 1,2 mil pessoas, de nove diferentes estados e 140 municípios. Em sua maioria, profissionais que lidam com o *cuidado*, com a *prevenção* ou com a *repressão* ao uso de psicoativos nos seus cotidianos de trabalho. Outro detalhe importante é que se tratou de um congresso de *aperfeiçoamento* no assunto, ou seja, pessoas puderam se ausentar do trabalho para acompanhá-lo e receberam certificado de participação. Esse caráter do evento também indica que não se tratou de um espaço para discussão e debates, e sim de formação, de transmissão conhecimento. Os temas apresentados, principalmente nas conferências e painéis, os quais todo o público participava, não estavam abertos ao questionamento em termos de debate.

Se eu paro para pensar sobre o que mais chamou minha atenção neste evento, ainda hoje fico com o tom nada construtivo e até preconceituoso de algumas apresentações. Cito o exemplo de um psiquiatra argentino em uma das mais aguardadas e aplaudidas das palestras. Ele simplesmente fala para a plateia que usuários de qualquer forma de cocaína se tornam *homens de Neandertal*. Que perdem sua essência humana, em outras palavras. O mesmo profissional, que se apresentou ressaltando os mais de 30 anos de experiência em lidar com a questão da dependência química, criticou abertamente o ex-presidente brasileiro Fernando Henrique Cardoso – àquela época em trabalho de divulgação de um documentário chamado “Quebrando o Tabu”, de cunho antiproibicionista –, Milton Friedman (Prêmio Nobel de Economia) e George Soros por se mostrarem favoráveis à descriminalização do uso da maconha e outras substâncias.

Ambos os comentários poderiam ser interpretados simplesmente como o posicionamento político conservador de *um profissional* dentre muitos que possivelmente possuem uma abordagem contrária. Mas houve muitas palmas e gritos de incentivo nos dois momentos, chegando a interromper a fala do palestrante. Esse acontecimento que poderia passar despercebido pode também ser interpretado como um

indício de que tal visão sobre o assunto é de alguma forma compartilhada, pelo menos por grande parte daquela plateia. E se pensarmos que ali se encontravam essencialmente pessoas que lidam com usuários de psicoativos – dependentes ou não – e seus familiares (ou pessoas do convívio próximo dos usuários) nos seus cotidianos de vida e de trabalho, é possível de se projetar, no mínimo, algum grau de disseminação daquelas opiniões.

O que significa dizer, na prática, que o discurso deste *apenas um* é compartilhado por um grupo muito maior de pessoas. Maior inclusive do que o número de indivíduos presentes no evento se pensarmos naqueles que aplaudiram o médico como potenciais disseminadores de suas ideias um passo ainda mais adiante. Se o foco do evento era a dependência de crack e suas especificidades, na prática foi algo mais amplo. Apesar de estar em grande parte baseado em discussões científicas, pode-se dizer que o viés político foi também notável. Foi visível que o discurso científico estava ali para justificar determinadas posições políticas, tanto no âmbito de como legislar publicamente sobre o assunto quanto no âmbito de ressaltar a separação de grupos de indivíduos enquanto diferentes – como *outros*, a partir da *alteridade patológica* – para justificar a intervenção. Cito a seguir alguns trechos da fala do próprio psiquiatra argentino – Eduardo Galina, autor de vários livros sobre dependência química e diretor de clínica especializada – no evento como um exemplo da transformação do usuário de psicoativos (dependente ou não) em um *outro*. Um *outro* não apenas no sentido patológico, mas ontológico, uma vez que os sintomas identificados pela ideia de dependência química forjam um tipo específico de indivíduo e de subjetividade:

Então os toxicômanos pensam ao contrário do que nós pensamos. Vou lhes dar um exemplo sensacional que qualquer um de vocês que tenha experiência na droga vai me dizer se falo verdade ou não: pior momento da vida do toxicômano é quando nós o limpamos e ele vira melhor. Quando está melhor, começa a se recuperar, começa a tragédia (...) Toxicômanos não entendem a palavra “futuro”. Por isso os tratamentos, que além do tratamento médico há todo o tratamento de reabilitação, temos que voltar a ensinar que existem consequências. Que existe futuro. Eles não se importam. Têm que se divertir agora, até o fim do mundo. Por isso despenalizar é um erro total. E as técnicas de redução de danos, exceto em certas circunstâncias, é uma forma de aceitar isto. Eu entendo que em certas circunstâncias se deve fazer algumas coisas, mas aquela expansão que tem agora, que todo mundo está gostando da

Redução de Danos, é manter a situação como gostam os adictos, como gostam os toxicômanos, os dependentes químicos. Menos pior, mas continuar com isso (...) Para tratar drogados temos que entender que [o] drogado sofreu lavagem cerebral e pensa diferente dos outros. É dizer: nós pessoas civilizadas temos que ter pensamento lógico e temos que ter responsabilidade de nossos atos, temos que ter consciência dos outros. Poder pensar antes de fazer. Eles mudam. Então nossas lógicas não tem utilidade nenhuma se a pessoa está se drogando (...) Aqueles que estão em crack, todos aqueles que usam cocaína, que estragam o lóbulo frontal, não tem capacidade de pensar em Deus, em espiritualidade, em nada. Perdem toda essa capacidade. Viram macacos. Mas não no bom sentido. Macaco é um animal maravilhoso (...) Até para trabalhar numa bomba de gasolina tem que saber manejar um computador. E nós, em nossos países estamos criando, ao invés de *homo sapiens*, voltando ao homem de *neanderthal*. O consumo de crack, de paco, dessa forma suja de cocaína, gera homens de *neanderthal*. Aqueles macacos que não tem capacidade de ter socialização. Não podemos pedir que eles compreendam o que é Deus, ou ter espiritualidade. Porque para termos espiritualidade temos que ter esses 18 mm de córtex pré-frontal (...) Então não podemos curá-los apenas com a palavra de Deus. Isso não é contra a religião. A espiritualidade é fundamental para muitas pessoas. Para a grande maioria ter crença lhes permite pensar e sentir a vida de outra forma. Eles não podem, não têm cérebro.

Ressalto esta passagem para ilustrar o mote desse grande evento que teve como maior objetivo informar e formar profissionais atuantes na área de atenção aos usuários de substâncias psicoativas sobre as últimas novidades no combate e tratamento do uso de crack e outras substâncias psicoativas. Não chamaria de unanimidade, pois obviamente havia pessoas ali que não compartilhavam com tudo que foi apresentado, inclusive eu próprio. Houve espaço para a redução de danos, ainda que em uma oficina não aberta ao público em geral. O que não deixa de representar o caráter acessório que essa estratégia possui dentro deste evento, uma vez que as oficinas foram fechadas, restritas a um número máximo de participantes e trataram de assuntos diversos. Houve oficinas sobre Comunidades Terapêuticas, sobre Prevenção, sobre Repressão, todas ocorrendo ao mesmo tempo. Não era possível que um participante presenciasse mais de uma, pois ocorriam concomitantemente. Ou seja, na prática houve a separação da redução de danos das outras estratégias preventivas e terapêuticas. Além disso, a palestra citada acima e também outras chamaram a atenção para o fato de que a redução

de danos só poderia ser um acessório, sempre colaborando com o objetivo da abstinência.

No geral, ficou claro que algumas “verdades” foram amplamente divulgadas, sem qualquer abertura ao debate, tanto na parte publicitária da campanha quanto na sua abordagem científica. Apesar de louvável a proposta de trazer o assunto para a discussão em sociedade, creio que o maior desserviço prestado pela campanha em suas diversas materializações tenha sido exatamente a insistência na *desumanização* ou *animalização* dos usuários de crack e, em consequência, dos usuários de substâncias psicoativas ilícitas em geral.

Ao invés de promover o empoderamento e desestigmatização dessas pessoas, a estratégia simbólica, retórica e prática apontou na direção oposta: para a desobjetivação, para a passividade do indivíduo visto como problemático, para a falta de autocontrole, para a *animalização* dos dependentes químicos – e, por tabela, dos usuários não dependentes de substâncias ilícitas, uma vez que estes são vistos sempre como potenciais dependentes. E isto implica em uma ideia de *cuidado* específica que, diferentemente do cuidado da redução de danos, passa pelo estabelecimento da relação hierárquica entre *paciente/cliente*, de um lado, e *especialista/sistema terapêutico* de outro.

Como consequência desta aclamada “epidemia de uso do *crack*”, o controle e o fechamento do debate a respeito do uso das várias outras substâncias também ocorre, já que normalmente se agrega todas sob o signo de “drogas”. O evento citado teve como foco três eixos temáticos, que bem representam a maneira pela qual a “questão das drogas” é tratada e gerida na atualidade: a prevenção (a partir do uso da mídia e do sistema educacional), o tratamento (visando àqueles indivíduos cujo uso de psicoativos é associado a uma doença), e a repressão (focada principalmente em estratégias de redução da oferta das substâncias e no policiamento dos usuários). É importante ressaltar que essas três vertentes têm neste caso como norte, como ideal, a *abstinência*, ou uma sociedade totalmente livre dessas substâncias.

Fato inegável é que a discussão a respeito do uso de psicoativos ilícitos envolve, via de regra, e mesmo em eventos científicos, uma carga político-moral que muitas vezes não contribui para a melhor gestão social da questão, no sentido foucaultiano. Levando em conta o grande número de pesquisadores se debruçando sobre esta temática atualmente, foi bastante clara a escolha por aqueles cuja visão política, em

consonância com suas respectivas práticas profissionais, convergisse com o mote principal do evento e da campanha encabeçada pelo grupo de comunicação RBS: uma campanha de terror em cima do crack e de seus usuários, que ao mesmo tempo reforçaria a ideia do controle e da repressão sobre o uso de outras substâncias classificadas como ilícitas.

Isto a partir de associações popularmente disseminadas colocando a maconha como porta de entrada para outras substâncias – as pesquisas epidemiológicas citadas anteriormente mostram que o álcool é a substância de primeiro uso mais comum, assim como demonstraram a mesma coisa os entrevistados para a presente pesquisa. Ou então, como sugeriu o médico argentino participante do evento científico CONICRACK, sugerindo que o uso das diferentes formas de cocaína tem as mesmas implicações, e que os usuários de crack e cocaína se tornam homens de *neanderthal*. *Chega-se ao argumento de que usuários de substâncias ilícitas remetem à animalidade, são considerados menos humanos, ou não-humanos*. Se pensarmos em uma substância cujos perigos são usados para justificar e encabeçar a preocupação política nacional com as substâncias psicoativas ilícitas em geral, estamos a apenas um pulo da associação de todos os usuários destas substâncias como potencialmente perigosos, pensando na ideia de “periculosidade” trabalhada por Foucault (2009) em relação aos doentes mentais – no sentido de que virtualmente são perigosos; a antecipação do perigo, do ato infracional, justifica a intervenção, não apenas atos de infração consumados. Os indivíduos passam a ser julgados socialmente *pelo que são, não pelo que fazem*.

Um artigo de Rose (2000) traz excelentes exemplos sobre a biologização da conduta, principalmente do comportamento desviante. Pensando neste contexto que traz o crack para o centro das atenções, e a indistinção que normalmente se faz no senso comum entre as diversas substâncias ilícitas, as implicações não são poucas ou pequenas. Segundo o autor, diferentemente das teorias eugênicas do começo do séc. XX, que eram direcionadas a grupos populacionais específicas,

as novas concepções biológicas sobre a origem da conduta patológica focam no indivíduo, e estão ligadas a uma nova concepção da ‘saúde pública’ de controle de crime. Nessas estratégias, intervenções sociopolíticas são legitimadas não pela linguagem da lei e dos direitos, mas em termos de prioridade em proteger as ‘pessoas normais’ contra os riscos que ameaçam sua segurança e felicidade (Rose, 2000, p.7).

Ou seja, essa associação do consumo de crack com violência e comorbidades psiquiátricas como transtorno antissocial, por mais que terapeuticamente tenha suas justificativas, quando transposta para outros cenários sociais públicos através da mídia, por exemplo, legitima vários tipos de intervenção que trazem consigo a expressão da violência, seja física ou moral. Acredito que esta seja uma das implicações menos discutidas a respeito da tendência recente em se transformar a gestão do uso de psicoativos em um problema de saúde pública pela via da patologização. O contexto sociopolítico dessa questão tem mostrado nas últimas décadas, no âmbito internacional, uma tendência ao afrouxamento do regime proibicionista vigente em direção à abordagem de direitos humanos e de redução de danos, enquanto no Brasil observamos campanhas como a “Crack, nem pensar” inclusive recebendo apoio e financiamento governamental.

4.2 A “casificação” do usuário: sobre um curso de aperfeiçoamento para profissionais da saúde e da assistência social

Apresento agora um exemplo empírico sobre o papel prático dado à redução de danos na atualidade, que de diretriz base das políticas públicas de atenção aos usuários de psicoativos é colocada em segundo plano em detrimento do privilégio à visão patológica dessas práticas. Como demonstrei anteriormente, mesmo nos levantamentos epidemiológicos com resultados menos animadores, os usos considerados patológicos são a minoria estatística. O relato diz respeito ao conteúdo de um curso de aperfeiçoamento também reproduzido em apostila distribuída aos participantes⁴⁰. O curso foi realizado no ano de 2012 em várias capitais brasileiras e promovido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, vinculada ao Ministério da Justiça. Tanto o curso quanto a apostila foram executados pelo Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas (CPAD)⁴¹, Universidade do Rio Grande do Sul e Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e o público-alvo foi profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) e Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Tive a oportunidade de participar do

⁴⁰ A oferta dessa capacitação também fez parte do programa governamental “Crack, é possível vencer”, citado anteriormente.

⁴¹ Informações detalhadas sobre a atuação deste grupo de pesquisa em específico podem ser encontradas na dissertação de mestrado de Zanella (2014).

aperfeiçoamento porque na época do trabalho de campo eu estava vinculado como voluntário do Setor de Prevenção da Cruz Vermelha Brasileira em Porto Alegre, entidade que teve a oportunidade de indicar colaboradores para preencher as vagas ofertadas pelo curso, ainda que em número reduzido.

Antes de analisar o curso e o material utilizado apresento algumas informações básicas sobre o CPAD, o centro de pesquisa por trás da organização do curso e do material utilizado no mesmo. Trata-se de um grupo vinculado ao departamento de psiquiatria da UFRGS. Constituiu-se fisicamente em 2002 quando obteve um financiamento junto ao *National Institute on Allergy and Infectious Diseases*⁴² para se estruturar. Os objetivos do grupo são os seguintes, como consta em seu sítio de internet:

- 1) Desenvolver, de forma ética e auto-sustentada, projetos de pesquisa financiados por instituições externas ao Departamento de Psiquiatria e ao HCPA; 2) Estimular e desenvolver o conhecimento de metodologia de pesquisa em abuso de substâncias e comportamentos aditivos, através da formação pós-graduada de seus membros; 3) Gerar e disseminar evidência sólida, dentro da melhor metodologia disponível, sobre abuso de substâncias e comportamentos aditivos no Brasil e em nosso meio; 4) Fomentar e manter parceria com instituições científicas de reconhecido renome nacional e internacional na área de abuso de substâncias e comportamentos aditivos⁴³

Ou seja, fica claro que o grupo não tem compromisso com a redução de danos em nenhuma instância de pesquisa ou prática. E aqui estou apenas constatando um fato. É um grupo de pesquisa, de excelência internacional, cuja especialidade é exatamente produzir conhecimento, formação, atenção em saúde, a respeito dos usos patológicos de substâncias psicoativas. Retomando a ideia de *method assemblage* de Law (2004), é um grupo de pesquisa que *busca e performatiza* “abuso de substâncias e comportamentos aditivos” em suas atividades. Desta forma, é uma tendência natural que o curso de aperfeiçoamento projetado e executado por este centro de pesquisa em parceria com

⁴² Não deixa de ser interessante o fato de que é um centro de pesquisa sobre drogas e álcool que recebeu financiamento de um instituto estrangeiro para doenças infecciosas e alérgicas. Se pegarmos como referência os conceitos diagnósticos apresentados nesta tese (CID-10 e DSM IV), não observamos a associação da dependência química como doença infecciosa ou alérgica. De qualquer forma, foi esse financiamento que permitiu ao CPAD constituir-se fisicamente. As implicações práticas deste fato não são analisadas aqui por falta de dados adequados à análise.

⁴³ A enumeração dos objetivos foi feita por mim. A citação foi retirada do endereço eletrônico do CPAD. Disponível em: <<http://www.cpad.org.br/site2/br/o-cpad>>. Acessado em 01 jun. 2014.

outras instituições não tenha dado maior ênfase à redução de danos. Justamente porque não é um dos temas trabalhados e pesquisados pelo grupo e praticado por seus membros. Por outro lado, poderia ter dado abertura e feito outras parcerias com centros de pesquisa ou pesquisadores que trabalham com o tema da redução de danos, ou que no mínimo aplicam esses princípios em suas práticas profissionais cotidianas, construindo um espaço dialógico, não exclusivo.

O curso teve duração de três dias e tratou dos seguintes temas, cada um deles separadamente, através de palestras de aproximadamente uma hora e meia com profissionais da área. No primeiro dia: Política de Drogas; Redução de Danos; Conceitos Básicos (Diagnóstico e Avaliação), pela manhã. Cocaína e Crack; Maconha; Álcool, Tabaco e outras Drogas, no período da tarde. No segundo dia: SENAD (Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas); Prevenção de Recaída e Entrevista Motivacional; Abordagem de Família; Resultado Mapeamento, no período da manhã. Políticas Públicas de Assistência Social; Legislação e Políticas Públicas de Saúde; Reinserção Social, durante a tarde. Já no terceiro e último dia, ao invés de palestras, um curso obrigatório de Gerenciamento de Casos para todos os participantes e outro de escolha livre, mas com possibilidades de escolha diferentes para a rede do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Para profissionais da rede SUAS: Entrevista Motivacional e Prevenção de Recaída; Intervenção em Grupo; Reinserção Social; Conceitos Básicos de Dependência Química na Prática. Para profissionais da rede SUS: Entrevista Motivacional e Prevenção de Recaída; Intervenção em Grupo; Reinserção Social; Abordagem de Família.

Sobre as palestras comuns a todos os participantes, que permitiam perguntas do público apenas após o final das apresentações – ou seja, tinham o formato de aula –, menciono dois fatos no mínimo interessantes e representativos do argumento que tento construir aqui. Apesar de ter havido uma palestra sobre redução de danos logo após a abertura do evento, penso que a importância dentro do panorama geral foi mínima. Ouvi de mais de um colega participante do curso que a palestra sobre redução de danos “não convenceu ninguém”, ou então que “nem o palestrante acredita muito no que está falando”. Tratou-se de uma fala que apresentou uma breve história da redução de danos no mundo e no Brasil e em seguida tratou de temas elementares superficialmente, pouco voltados a questões práticas em se tratando de um curso para aperfeiçoamento profissional.

Dentro do contexto geral do evento posso afirmar que foi uma palestra protocolar, possivelmente incluída para não haver espaço de críticas à ausência da redução de danos, uma vez que se tratou de um aperfeiçoamento para profissionais da rede pública de atenção, que como foi demonstrado anteriormente é construída em cima da ideia de redução de danos. Todas as outras palestras trataram de seus temas de forma muito mais detalhada. O argumento básico que foi apresentado, além da revisão sobre a história da redução de danos, foi diferenciar uma “rede inclusiva” de uma “rede excludente”, chamando a atenção para a diferença entre “abstinência como meta” e “abstinência como exigência”. Em outras palavras, esteve tratando da abstinência como desejável do ponto de vista terapêutico, incutindo dificuldades àqueles que não conseguem ou não querem se manter abstinentes no sentido processual do tratamento.

Outras evidências sobre a invisibilidade ou delegação de posição acessória à redução de danos na atual rede de atenção em saúde no Brasil podem ser encontradas no material impresso em forma de apostila que foi distribuído a todos os participantes do aperfeiçoamento analisado neste item do trabalho. Não há um único capítulo ou mesmo item que trate da redução de danos, nem da maneira histórica e superficial pela qual foi apresentada na palestra durante o curso. Nas suas 250 páginas há uma única ocorrência do termo *redução de danos*, em nota de rodapé, no capítulo que trata da política e legislação sobre drogas no Brasil, quando se exemplifica que por *redução da demanda* se entende “ações referentes à prevenção do uso indevido de drogas lícitas e ilícitas que causem dependência, bem como aquelas relacionadas com o tratamento, a recuperação, a redução de danos e a reinserção social de usuários e dependentes” (BRASIL, 2012, p.187). Ou seja, fica claro que o aperfeiçoamento de pessoal do SUS e SUAS não foi pensado a partir do paradigma da redução de danos.

Na direção oposta o mesmo manual usa quinze páginas para apresentar “fatores de risco e proteção” para o uso de substâncias psicoativas em diferentes grupos populacionais (adolescentes, idosos e mulheres) e também os “conceitos básicos no transtorno de uso de crack, álcool e outras drogas” – aqui, basicamente, usando as caracterizações já apresentadas do DSM-IV e CID 10. São mais 81 páginas para tratar das particularidades sobre “efeitos, intoxicação e abstinência” de dez diferentes substâncias, ressaltando principalmente para os possíveis problemas decorrentes dos usos de cada uma delas. Em seguida, mais 57 páginas abordando o tema “tratamento”,

apresentando, de início, os princípios gerais do que se entende por este conceito, como segue abaixo:

1) Dependência é uma doença tratável que afeta tanto a função cerebral quanto o comportamento do indivíduo (...) 2) Nenhum tratamento é apropriado para todos (...) 3) O tratamento deve ser prontamente acessível (...) 4) Os tratamentos efetivos atendem às múltiplas necessidades do indivíduo, não somente o uso de substâncias (...) 5) Permanecer em tratamento por um período adequado é fundamental (...) 6) Terapias individuais e em grupos são os tipos de tratamento mais comumente usados para tratar problemas com substâncias (...) 7) Medicações são um elemento importante do tratamento para muitos pacientes, especialmente quando combinado a outros tratamentos (...) 8) O plano de tratamento e serviços individual deve ser revisto continuamente e modificado se necessário, de acordo com as mudanças e necessidades dos pacientes (...) 9) Muitos indivíduos com problemas com substâncias têm também outro transtorno mental (...) 10) A desintoxicação é somente o primeiro estágio do tratamento e por si só tem pouco impacto a longo prazo (...) 11) Tratamento não necessita ser voluntário para ser efetivo (...) 12) O uso de substâncias deve ser monitorado durante o tratamento (...) 13) Os programas de tratamentos devem avaliar a presença de HIV, AIDS, hepatites B e C, tuberculose e outras doenças infecciosas, além de intervenções para reduzir comportamentos de risco (BRASIL, 2012, p.112-113).

Meu interesse aqui não é abordar cada um desses elementos e sim demonstrar que as políticas públicas hoje, na prática, estão alinhadas com a busca por abstinência enquanto proposta de cuidado, inclusive a partir do tratamento involuntário, do monitoramento dos indivíduos em tratamento e, também importante, através da ideia de que não se trata apenas de desintoxicar um organismo, mas mudar todo um modo de vida. Os instrumentos utilizados para apontar os problemas são aqueles mais comuns nas ciências biomédicas, como a anamnese, o exame clínico, a busca por comorbidades, e após isto o encaminhamento para o serviço de saúde mais adequado. O curso de aperfeiçoamento que cito aqui teve o objetivo de instruir os profissionais que lidam com usuários de psicoativos nos seus cotidianos de trabalho a diagnosticar o abuso e a dependência de substâncias através desses instrumentos diagnósticos.

Na parte em que é esmiuçada a prática da *anamnese* o manual traz a informação de que “todos os pacientes sejam avaliados para abuso de substâncias

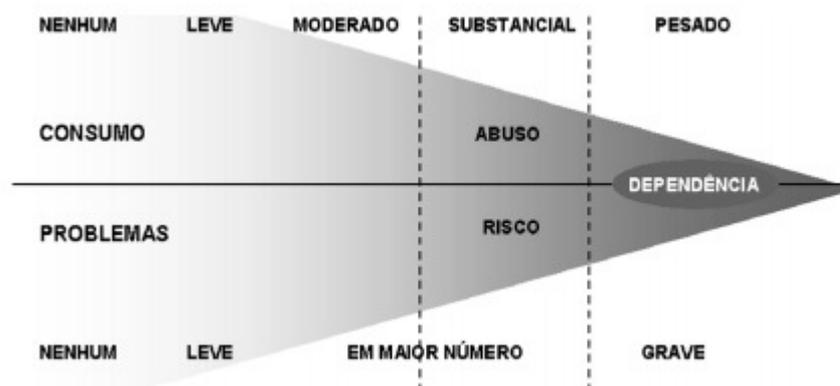
químicas na primeira avaliação a partir dos 10 anos de idade (...) [e que] a partir desta idade, é recomendável que sejam reavaliados anualmente em relação ao consumo de substâncias psicoativas” (BRASIL, 2012, p.116). Ou seja, a instrução é para que se busque ativamente em todos os pacientes, ainda que com pouca idade e qualquer que seja o motivo de sua entrada no sistema de atenção em saúde, o uso de substâncias psicoativas. O profissional de saúde e assistência social deve partir do pressuposto investigativo (ativo), ainda que se valendo de estratégias menos agressivas e incisivas com o intuito de não inibir o paciente fazendo-o omitir informações. Por exemplo, não perguntando diretamente sobre o consumo de substâncias, mas sondando temas que podem leva-lo a relatar episódios de consumo. A partir da constatação do consumo, deve-se passar a investigar a recorrência e os possíveis danos decorrentes, ou seja, identificar se o paciente pratica um uso abusivo ou se é dependente químico.

O *exame clínico* deve complementar a *anamnese* para o diagnóstico de dependência química. São citados alguns sinais que, inclusive, profissionais não especializados na área podem identificar e que podem gerar suspeita de diagnóstico, tais como

cheiro de cigarro ou hálito alcoólico; lentidão ou aceleração da fala e do pensamento; irritabilidade; agitação psicomotora; manchas nas unhas ou na ponta dos dedos; evidência de punção com agulha em veias dos membros superiores; tremor de extremidades (BRASIL, 2012, p.118).

Em seguida, chama-se atenção para a identificação de *comorbidades psiquiátricas*, sendo que o abuso de substância psicoativa é considerado o “transtorno coexistente mais frequente entre portadores de transtornos mentais” (BRASIL, 2012, p.118). A importância desta etapa diz respeito ao projeto de tratamento que será proposto, uma vez que a concomitância de mais de um transtorno mental pode acarretar em mudança nos sintomas identificados e, por vezes, no próprio diagnóstico e prognóstico. Passadas essas etapas avaliativas, se constatado abuso, dependência ou dano decorrente do uso de substância(s) psicoativa(s), o paciente deve ser *encaminhado* para um serviço de saúde adequado às suas necessidades. Chama-se atenção para o fato de que a maioria dos pacientes não procura o serviço indicado logo de início e que eles tendem a ser bastante resistentes ao tratamento.

Um ponto essencial a ser problematizado aqui é exatamente *o que* se interpreta como dano ou problema relacionado ao uso de substâncias psicoativas. Como ressaltai anteriormente, existe um *ideal de saúde* que não contempla nenhum uso de substâncias psicoativas embasando a grande maioria das abordagens de atenção em saúde aos usuários dessas substâncias. Esse ideal é posto em prática, por vezes, de maneira não explícita, como nos instrumentos diagnósticos citados logo acima. É possível que não se cogite qualquer possibilidade de uso que não provoque algum tipo de dano, como é possível de se observar a partir do seguinte gráfico (BRASIL, 2012, p.22):



Se interpretarmos as práticas investigativas com objetivo diagnóstico propostas no curso de aperfeiçoamento e na respectiva apostila de maneira estrita, ao pé da letra, fica difícil de imaginar um indivíduo qualquer, consumidor de substâncias psicoativas, que passe por uma avaliação sem qualquer tipo de ressalva, pois toda modalidade de uso é considerada danosa, ainda que em uma escala de proporcionalidade. As diferentes possibilidades de encaminhamento terapêutico e as diferentes instituições que formam a rede de atenção para os usuários de psicoativos representam diferentes modalidades de atingir o objetivo ou meta da abstinência, ainda que não seja uma exigência de antemão para o ingresso na mesma. O fluxograma da rede SUS apresentado no capítulo anterior do presente trabalho (pág. 77) ilustra essas possibilidades, que estão relacionadas às particularidades do diagnóstico de cada paciente.

Uma vez dentro desse processo de encaminhamento na rede pública de atenção em saúde e assistência social, o indivíduo em questão se torna um “caso a ser gerenciado”. Penso que essa ideia/conceito implica em elementos diferentes daqueles que a redução de danos procura disseminar, como acolher e cuidar de *cidadãos*. O

gerenciamento de casos também foi objeto de curso específico para todos os participantes do curso de aperfeiçoamento analisado neste item do trabalho. O *gerenciamento de casos* foi concebido originalmente na década de 1960, nos Estados Unidos, com o objetivo de aumentar a qualidade de vida e bem-estar de indivíduos com problemas de saúde emergenciais, complexos ou crônicos, a partir da lógica dos cuidados contínuos e compreensivos. Na década de 1990 se tornou parte do tratamento para abuso de substâncias psicoativas, utilizado no período de transição entre a internação e o tratamento ambulatorial. Resumidamente, como apresenta o manual,

[e]m 1995, foi definido como um método pelo qual um profissional (gerente de casos) avalia as necessidades do cliente e de sua família, coordenando e monitorando as múltiplas práticas e serviços oferecidos pela comunidade, a fim de contemplar as necessidades específicas dele. *Em linhas gerais, é um conjunto de intervenções que visa facilitar o desfecho do tratamento que, no caso, é a abstinência de drogas e a reinserção do usuário em seu ambiente social* [grifos meus] (BRASIL, 2012, p.159-160).

Este é mais um indício de que a rede de atenção está idealmente voltada para estimular e buscar a abstinência dos indivíduos que nela ingressam. Por mais que haja empenho em estabelecer políticas públicas, e mesmo cursos de aperfeiçoamento que incluam mais ou menos a redução de danos, o pano de fundo estratégico ainda é a busca pela abstinência. É importante ressaltar novamente a diferença entre a abstinência *como meta* terapêutica e a abstinência *como exigência* terapêutica. A primeira, por si só, torna a abordagem de acolhida mais inclusiva, menos exigente de antemão com os usuários de psicoativos, se comparada com a segunda. Mas não é exatamente uma mudança de paradigma completa, uma vez que no horizonte ainda é a abstinência que guia o processo terapêutico. É diferente, por exemplo, de ter a própria redução de danos *como meta*.

Neste processo são levados em consideração vários outros fatores, não apenas a saúde e necessidades do organismo biológico (fisiológico) dos indivíduos: “[a] situação habitacional, financeira, educacional, a saúde física e mental e as condições do paciente de se beneficiar com opções de lazer são determinantes para o sucesso do tratamento” (BRASIL, 2012, p.160). Assim, o gerente de caso atua como um “canal de comunicação” entre o paciente (usuário, abusador ou dependente de psicoativos) e as

tecnologias e procedimentos terapêuticos, neste caso aqueles que são praticadas no âmbito das instituições públicas de atenção em saúde e assistência social. É ele que deve mapear as necessidades do paciente em cada momento de sua trajetória terapêutica propondo intervenções através do uso abordagens diversas, estratégias e técnicas, especialmente a *entrevista motivacional*, a *prevenção de recaída* e a *resolução de problemas*.

A *entrevista motivacional* pode ser interpretada como um procedimento que busca convencer o indivíduo de que ele possui problemas e que precisa se comprometer a mudar o próprio comportamento – em situações nas quais o indivíduo-paciente não é juridicamente obrigado a se tratar, como nos casos de internação involuntária ou compulsória. Obviamente que esta mudança passa pelo abandono do uso de psicoativos, visto como causador de problemas de saúde, mas também como fator desorganizador de um estilo de vida socialmente produtivo esperado dos indivíduos. Assim, a entrevista motivacional

requer um estilo clínico habilidoso, que tem como objetivo evocar as emoções internas do cliente para promover mudanças comportamentais para a melhoria de sua saúde (...) A responsabilidade pela mudança é deixada para o paciente. Os pacientes sempre serão livres para aceitarem ou não nossos conselhos. Isso certamente não significa que os terapeutas sejam desprovidos de poder. Ao contrário, algumas pesquisas indicam que eles exercem uma influência surpreendente na mudança (ou falta de mudança) de seus pacientes (BRASIL, 2012, p.132).

Ou seja, apesar de partir do pressuposto da capacidade do indivíduo (paciente) em modificar seu próprio repertório de comportamentos, e no seu próprio tempo, a questão da hierarquia de papéis (terapeuta-paciente) não pode ser ignorada. Apesar de resguardar ao paciente a decisão sobre aceitar ou não as sugestões de mudança comportamental, não se trata de uma mudança de paradigma completa. Em outras palavras, não é considerado produtivo terapeuticamente que o paciente se mantenha ativo no consumo de psicoativos enquanto participa das intervenções terapêuticas. Se o paciente não ingressa na rede de atenção por conta própria ou ao menos motivado para se tratar, ele deve *ser convencido* de que a melhora de sua saúde e de todos os outros setores de sua vida passam pela abstinência, ainda que no médio ou longo prazo – e mesmo que a abstinência não seja uma exigência para ser acolhido e iniciar o

tratamento.

A prática terapêutica denominada de *prevenção de recaída* é apenas outro indício no mesmo sentido⁴⁴. Entende-se por *recaída* o retorno ao uso pesado de substâncias psicoativas após um período de uso moderado ou de abstinência. Estabelece-se ainda uma diferenciação entre *recaída* e *lapso*, sendo que o segundo termo se refere ao uso eventual de substância psicoativa em uma situação específica, sem o retorno aos antigos (compulsivos) padrões de consumo. As situações de *lapso* não são consideradas uma surpresa, mesmo em pacientes comprometidos com a abstinência, e sim uma etapa que pode fazer parte do processo terapêutico, assim como a própria *recaída*. Não se estabelece uma visão dual e oposta, em que se está ou *recaída* ou abstinência.

Assim, uma das técnicas de *prevenção de recaída* é exatamente a *gestão do lapso*, ou seja, criar estratégias para superá-lo, passar por ele sem que se transforme em uma *recaída* – como procurar o terapeuta assim que possível após o lapso, possuir uma programação (previsão) frente à situação de lapso para que o uso de psicoativos não ultrapasse uma quantidade X ou Y.

Em outra passagem da apostila lê-se o seguinte: “[a] gestão do lapso é apresentada aos pacientes como um ‘kit de preparação para emergências’ para a sua ‘viagem’ para a abstinência” (BRASIL, 2012, p.145). Apesar de supostamente se pautar por estabelecer um processo terapêutico maleável, que se adequa às necessidades momentâneas de cada indivíduo, o horizonte, a meta, é a mesma para todos: “uma *viagem* na direção da abstinência”.

O *gerenciamento de casos* é dividido, então, em duas fases, sendo que na primeira o paciente deve ser motivado a se engajar com o tratamento e devem ser identificadas deficiências no suprimento de necessidades básicas e condições materiais que possam implicar negativamente com a participação no tratamento – como dificuldades de transporte, renda, alimentação, moradia, etc. Na segunda etapa, após um mês, o gerente de casos deve estar em contato com o paciente uma vez a cada duas semanas, sondando possíveis problemas, avaliando os progressos e reformulando metas. Isso tudo é avaliado a partir do estabelecimento de um *Contrato Terapêutico* entre o paciente e o gerente de caso. Este contrato deve incluir metas no curto e no longo prazo,

⁴⁴ No próximo capítulo, onde apresento o relato sobre os espaços terapêuticos nos quais realizei trabalho de campo etnográfico, tratarei de um grupo de *prevenção de recaída*.

com datas-limite a serem cumpridas e com consequências ou recompensas de acordo com o cumprimento ou não das mesmas. Por exemplo, estabelecer como meta a participação em grupos de ajuda mútua, ou a visita semanal a sessões de psicoterapia, manter-se em abstinência, entre outras.

São práticas terapêuticas que apontam no sentido da patologização dos usos de substâncias psicoativas e na abstinência como principal recurso preventivo/terapêutico. O estabelecimento de metas e de um contrato terapêutico, assim como de recompensas e consequências para o cumprimento ou não do mesmo, reproduz um sistema hierárquico característico da biomedicina moderna e áreas correlatas. O indivíduo/paciente deve se submeter aos profissionais, ou aos modelos conceituais destes, uma vez que ingressa em um processo terapêutico. Ainda que haja o esforço de procurar readequar o contrato terapêutico de acordo com novas necessidades do paciente, este tem que adaptar as suas vivências e práticas cotidianas às categorias do terapeuta. Se na redução de danos o paciente/*cidadão* pode se expressar ontologicamente e o cuidado é praticado a partir das vivências e categorias expressadas por ele próprio, não necessariamente buscando uma mudança no modo de vida ou abstinência do uso de substâncias psicoativas como meta, nas práticas terapêuticas analisadas aqui isto parece não ocorrer. E exatamente porque o processo terapêutico no médio e longo prazo, além de buscar a abstinência, busca também transformar o estilo de vida dos pacientes, inclusive com “vícios positivos”, como sugere a apostila:

(...) Portanto, uma estratégia de autogestão global envolve incentivar os pacientes a buscar novamente as atividades recreativas que não envolvem a substância psicoativa, que uma vez já os satisfizeram (...) Ajudar o paciente a desenvolver uma “dependência positiva” (exemplo: meditação, exercícios ou ioga), a qual, em longo prazo, tem efeitos positivos sobre o humor, a saúde e o enfrentamento, é outra maneira de melhorar o equilíbrio do estilo de vida. A autoeficácia frequentemente aumenta como resultado do desenvolvimento de vícios positivos, em grande parte causada pela experiência bem-sucedida de aquisição de novas competências através da realização da atividade (BRASIL, 2012, p.146).

A partir desta citação faço a seguinte pergunta: o que é considerado *o problema* no caso dos dependentes químicos? Parece não ser a compulsão, o vício ou alguma dependência por si só, já que se supõe que existam dependências *positivas* e *negativas*.

O problema passa a ser um vício ou dependência específica, aquela relacionada ao consumo de substâncias psicoativas e, mais especificamente, ao *estilo de vida* associado a essas práticas. O paciente se torna um “caso”, como mostra a prática de “gerenciamento de casos”. Um caso cujas particularidades devem ser levadas em conta em um primeiro momento para, em seguida, serem suprimidas, generalizadas e categorizadas dentro de um *script* terapêutico pré-determinado.

É importante neste momento lembrar que essas intervenções terapêuticas foram construídas para fornecer atenção aos dependentes químicos e usuários problemáticos de psicoativos e que possuem eficácia terapêutica comprovada. O que deve ser levado em consideração, e este é um dos argumentos que apresento aqui, é que no caso das substâncias ilícitas os limites entre *o que é ou não um problema* relacionado ao uso das mesmas está em questão. É bem mais provável que seja indicada alguma intervenção a alguém que não tenha problemas relacionados ao uso de psicoativos – não considerando o uso em si um problema – do que o contrário, se tal indivíduo, por algum motivo, passar por alguma avaliação. Em outras palavras, parece que a rede de atenção oferece o cuidado a partir da patologização, da problematização do uso, sendo que os usos problemáticos são estatisticamente menos recorrentes.

Tanto no evento de aperfeiçoamento quanto no material distribuído aos participantes, assim como na rede de atenção em saúde da qual o curso tratou, *o usuário de psicoativos/dependente químico/paciente* está o tempo todo presente, ele é o objeto dos discursos patológicos e das práticas terapêuticas, ele é quem deve ser cuidado. Por outro lado, sua presença constante não deixa de remeter a um tipo de ausência. Física, subjetiva e moralmente ele não está presente. Ele não pode falar por si, expressar-se ontologicamente. É papel dos especialistas e técnicos adequar as vivências desses indivíduos à ontologia patologia/terapêutica. Após este movimento, e de transformar o usuário de psicoativos/dependente químico ativo em usuário de psicoativos/dependente químico *em tratamento*, este recupera sua capacidade de expressão. Ele passa a se expressar como um *doente* ou um *doente em tratamento*.

Não bastam leis e políticas públicas apontando em determinado sentido porque na prática a aplicação das mesmas depende de seres humanos fazendo-as funcionar em inúmeros âmbitos – prático, político, ideológico, etc. O que ocorre hoje é que as posições estrategicamente mais empoderadas social e politicamente são ocupadas por pessoas que têm afinidade política ou técnica com o que identifiquei como vertente da

abstinência e proibicionismo. A partir das linhas que apresentei neste item, por exemplo, fica claro que o ponto de partida para as práticas de atenção aos usuários de psicoativos ilícitos pode ser a associação de qualquer uso com problemas – apenas o não uso ou a abstinência podem resguardar um indivíduo de possíveis problemas. A amplitude e abertura do texto das políticas públicas de atenção aos usuários de substâncias psicoativas no Brasil permite isto.

Em outras palavras, trata-se de associar diretamente os problemas de saúde ou de outra ordem que podem surgir na vida de alguém que usa alguma(s) substância(s) psicoativa(s) ao uso em si, ignorando que existem usos potencialmente positivos e que é possível diminuir possíveis danos associados ao uso de maneiras diversas, não necessariamente a partir da patologização e da busca por abstinência como único resultado classificado como positivo. Dentro deste conjunto de práticas terapêuticas que buscam a abstinência é possível de se observar que não se trabalha para *potencializar os bons usos* e sim para *patologizar grande parte dos usos*, o que leva a desdobramentos muito diferentes. Pois, retomando um argumento apresentado anteriormente, o ato de diagnosticar não é neutro ou isento de implicações, principalmente quando se confunde com categorias de estigmatização e de controle e normatização social, como é o caso da dependência química. O diagnóstico biomédico, uma ação de poder e classificação que cria categorias de indivíduos, nestes casos, pode ser tão normativo quanto classificações da abordagem criminal/policial. O diagnóstico biomédico não implica necessariamente em proporcionar autonomia individual e subjetiva para os pacientes diagnosticados. Pelo contrário, pode implicar em sujeição, submissão e controle em relação a grupos hierarquicamente empoderados, como as equipes técnico-profissionais.

Penso que a principal implicação de se abordar a questão como epidemia, em termos de políticas públicas, é a generalização do risco e do potencial patológico. Desta forma ações abruptas podem vir a ser justificáveis. Não se pensa em diminuir as chances de alguém entrar em processos de dependência química preventivamente, reduzindo fatores de risco. Mas sim em *criar e tratar doentes*. Para tanto se faz necessária a criação de espaços como os que trato neste trabalho, espaços de especialistas. Os *usuários de psicoativos*, os *dependentes químicos*, são presença constante, mas enquanto ausência, como procurei demonstrar até aqui. Fala-se deles o tempo todo, mas pouquíssimas (ou nenhuma) chance eles têm de se expressarem por si ou sobre si próprios. A esta figura (dependente químico), nesses contextos terapêuticos

específicos de que trato na presente tese – voltados para a abstinência –, não é permitida a *expressão ontológica*, apenas a *expressão patológica*.

Chega agora o momento de tratar do trabalho de campo, de apresentar quatro exemplos etnográficos de ambientes terapêuticos nos quais visões patológicas da dependência química e do uso de substâncias psicoativas são colocadas em prática. Em outro sentido, a partir da narrativa do trabalho de campo será possível vislumbrar, de certa forma, parte das políticas públicas de atenção aos usuários de psicoativos em ação, uma vez que se tratam de instituições previstas pelas políticas.

5 – O RELATO ETNOGRÁFICO SOBRE ESPAÇOS DE TRATAMENTO PARA A DEPENDÊNCIA QUÍMICA BASEADOS EM ABSTINÊNCIA

Apresentei nos capítulos anteriores passagens do que foi uma espécie de pré-campo. Na verdade, um campo relacionado ao meu objetivo principal, mas que teve o sentido de *mapear* práticas terapêuticas normativas que incidem sobre o uso de substâncias psicoativas no Brasil atual, apesar das políticas públicas apontarem para a redução de danos como principal estratégia de atenção. A minha participação como observador em eventos científicos, sobre políticas públicas e de aperfeiçoamento para profissionais que trabalham na atenção à dependência química, juntamente com a revisão bibliográfica, serviram este propósito específico. Demonstrei que existem, no âmbito da atenção ou cuidado em saúde para usuários de substâncias psicoativas, duas ontologias em alguns momentos mais e em outros momentos menos antagônicas, identificadas pelas propostas de *redução de danos* e de *abstinência* e que a última ainda prevalece social e politicamente no Brasil⁴⁵. Apresentarei neste capítulo exemplos empíricos de espaços onde se pratica o cuidado a dependentes químicos a partir da ontologia da abstinência.

O segundo momento do meu trabalho de campo, o trabalho de campo de imersão, teve início no começo do ano de 2011 e foi finalizado na metade de 2012. Neste processo me deparei com alguns percalços que, a meu ver, não atrapalharam o objetivo final do trabalho de campo, que era proporcionar a minha aproximação com pacientes/clientes de espaços terapêuticos da rede de atenção em saúde para dependentes químicos. Em um primeiro momento, antes de iniciar a pesquisa, imaginei explorar etnograficamente os espaços terapêuticos em si a partir das minhas observações e das experiências dos pacientes/clientes com os quais eu conseguisse manter contato. Mas a ideia de explorar *a rede de atenção* tal qual ela é vivida pelos indivíduos foi paulatinamente se sobrepondo. As instituições que mantive contato se transformaram em pontos de amarra das trajetórias dessas pessoas, mais do que objetos de análise aprofundada por si mesmo.

⁴⁵ Os dados apresentados anteriormente, a partir de Amaral (2013), na pág. 72 da presente tese confirmam tal fato, assim como números do investimento de verba federal apresentados na pág 72-73.

Ao pensar no desenvolvimento do trabalho de campo para a presente pesquisa, como ressaltai no primeiro capítulo da tese, a ideia foi me aproximar de espaços terapêuticos que representassem diferentes pontos da rede de atenção prevista pelas políticas públicas brasileiras a respeito do tema. Após a inserção em campo nesses locais, que eu não havia escolhido de antemão, o procedimento planejado foi o de me aproximar de indivíduos em situação de tratamento. A entrada de alguém nessa grande rede enquanto paciente/cliente pode ocorrer de muitas maneiras, seguir diferentes e diversos percursos, não necessariamente coincidentes com aqueles projetados idealmente pelas políticas públicas. Fato é que uma vez dentro da rede de atenção – reiterando que não se trata, aqui, apenas da rede pública –, independentemente do ponto de entrada, fica mais fácil de visualizar os outros componentes da mesma. Há várias possibilidades de direcionamentos e deslocamentos que dependem da maneira e do local do primeiro contato institucional. Nas próximas linhas apresento o relato sobre como eu me aproximei dos locais nos quais desenvolvi trabalho de campo para, em seguida, explorar algumas particularidades de cada um deles, principalmente no que toca às maneiras com que projetam e colocam em prática tipos-ideais de pacientes/clientes, ou como colocam em ação *alteridades patológicas*.

Iniciei esta empreitada no ambiente que já me era de certa forma familiar, os grupos de Narcóticos Anônimos. Durante a pesquisa de mestrado (Loeck, 2009) eu havia conhecido e frequentado vários grupos diferentes dentro da cidade de Porto Alegre. Atualmente, por exemplo, a cidade conta com 25 grupos de Narcóticos Anônimos⁴⁶. Devo aqui ressaltar que um grupo não se caracteriza por determinado local, mas sim pelo entrecruzamento entre um local específico e um ou mais dias e horários agendados dentro da semana. Cada grupo se reúne, no mínimo, uma vez por semana. Esse detalhe significa que podem existir grupos diferentes que se reúnem em um mesmo local, mas em dias e/ou horários distintos. E essa distinção, se parece sutil em um primeiro momento, na prática pode implicar em mudanças significativas, pois cada grupo normalmente tem um responsável diferente e a própria questão do dia e do horário de reunião faz com que determinados participantes escolham participar desse e não daquele grupo. Não é apenas a questão geográfica que implica na escolha de alguém por determinado grupo, mas também o horário das reuniões e, após algumas

⁴⁶ Informação que pode ser acessada no sistema de busca por reuniões do *website* dos Narcóticos Anônimos. Disponível em: <www.na.org.br>. Acessado em 12 dez. 2013.

participações, entra também o fator empatia com os outros participantes no jogo interacional.

Os Narcóticos Anônimos não *possuem* espaços privados, não são donos de propriedade. Ao menos não em Porto Alegre ou qualquer outro local que eu já tenha frequentado suas reuniões. A literatura da irmandade também aponta no mesmo sentido. Cada grupo específico tem a prerrogativa do autossustento a partir das doações de membros ou de repasses de verbas coletadas em outros grupos. Um dos principais gastos de qualquer grupo de Narcóticos Anônimos é exatamente o aluguel do espaço físico no qual se reúne. Basicamente cada grupo que é formado deve encontrar um local para a realização de suas reuniões. Este é o ponto onde eu quero chegar.

Em Porto Alegre, dos 25 grupos em atividade atualmente, não há nenhum localizado fora de espaços alugados ou cedidos por entidades religiosas – como salões de festas, salas de reuniões –, escolas, centros comunitários, associações de moradores ou instituições terapêuticas para usuários de psicoativos. São espaços que de alguma forma nutrem alguma simpatia com a proposta de Narcóticos Anônimos e, normalmente, cobram uma taxa simbólica para o uso de uma sala ou preços muito abaixo do que as melhores pesquisas no mercado imobiliário poderiam oferecer. O interessante é que essa dispersão dos grupos por diferentes locais torna a irmandade – enquanto rede de grupos – geograficamente mais dispersa e acessível a um número maior de pessoas. Parte-se do pressuposto de que não faria muito sentido concentrar todos os grupos de uma grande cidade na região central, por exemplo. Por isso a tendência de abertura de novos grupos em uma cidade que já possua vários estabelecidos é priorizar regiões ainda não atendidas. Estes fatos direcionam NA a construir relações com espaços institucionais de natureza diversa.

A maior parte dos grupos de Porto Alegre se reúne em salas ou salões cedidos ou alugados junto a instituições religiosas. Ainda dentro deste recorte, pelo que pude observar, principalmente instituições religiosas católicas. Mas essa relação é estabelecida no sentido prático, material, não ideológico, já que em nada interfere nas práticas cotidianas de Narcóticos Anônimos. A autonomia de NA é mantida. Por outro lado, há grupos que se reúnem em espaços diretamente ligados à *rede pública e privada de atenção em saúde* para dependentes químicos. Foi este o *insight* que eu tive a respeito de como escolher e buscar as instituições que fariam parte do meu trabalho de campo: a partir dos próprios contatos interinstitucionais. Como o meu interesse sempre

foi explorar a diversidade das práticas que tratam dos usos de psicoativos dentro da esfera da patologia e da busca por abstinência como recurso terapêutico, não me interessava entrar em contato com espaços que praticam a redução de danos. E Narcóticos Anônimos, justamente, não mantem relação com práticas de redução de danos, e sim com espaços que colocam em ação noções patológicas relacionadas ao uso de psicoativos.

Assim se deu minha inserção no universo do trabalho de campo para esta tese. Iniciei-o em um grupo específico de Narcóticos Anônimos que se reúne em uma sala cedida pela Cruz Vermelha de Porto Alegre. (CVB-RS) Esse mesmo espaço é utilizado por mais de um grupo de NA em diferentes horários durante a semana, mas escolhi um dia e horário específico para acompanhar – um grupo específico. Este espaço físico das reuniões é compartilhado com outros grupos de ajuda mútua como Alcoólicos Anônimos, Jogadores Compulsivos Anônimos, Viciados em Sexo Anônimos, Amor-exigente, entre outros, cada um ocupando dias e horários específicos. Esse fato me incentivou a procurar, após algum tempo de participação no grupo em questão, a própria Cruz Vermelha com o objetivo de desenvolver ali outra parte do trabalho de campo, já que uma das características históricas da atuação institucional da Cruz Vermelha em Porto Alegre é o trabalho de atenção aos dependentes químicos, característica que não é compartilhada com todas as outras unidades da Cruz Vermelha do Brasil.

Primeiramente procurei me informar sobre a atuação da Cruz Vermelha nesse sentido e descobri que a entidade, instalada em um casarão antigo localizado em uma avenida movimentada próximo ao centro de Porto Alegre, funciona praticamente nos moldes de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-ad). Na verdade, depois de estar inserido no dia-a-dia institucional fiquei sabendo que o espaço já funcionava desta maneira antes de existir o modelo de CAPS no sistema público de saúde.

Apresentei-me à instituição como pesquisador com interesse de conhecer o funcionamento da Cruz Vermelha, especificamente seu ambulatório. Logo fui apresentado ao vice-diretor da instituição. Conversei com ele sobre a possibilidade de acompanhar o dia-a-dia do ambulatório de atendimento que tem como grande foco a população mais vulnerável e o trato de distúrbios compulsivos, dentre eles a dependência química. Esse acompanhamento foi aceito sob a condição da aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde

de Porto Alegre. Esse processo foi recheado de percalços que acarretaram em uma demora na aprovação do mesmo, o que resultou em algumas mudanças relativas ao projeto de pesquisa inicial. Tratarei com mais detalhes desse assunto posteriormente quando estiver relatando minha experiência dentro da instituição. Por ora, resta dizer que não me foi imposto como condição, mas me foi sugerido o ingresso como voluntário na Cruz Vermelha, o que me proporcionaria uma visão *de dentro* da mesma.

Não titubeei e me apresentei como voluntário assim que passei por um curso sobre voluntariado que durou uma manhã. Mas o que um antropólogo poderia fazer dentro desse ambiente? Por falta de formação específica eu não poderia trabalhar no ambulatório, sequer acessá-lo para observação antes da aprovação do projeto pelo referido Comitê de Ética. Assim fui alocado no Setor de Prevenção, que trabalha com a organização e realização de cursos e palestras sobre diversos assuntos ligados à dependência química, voltados para públicos variados desde profissionais da saúde, da educação, empresas, familiares de dependentes químicos e outros interessados.

No decorrer do tempo em que fui voluntário do Setor de Prevenção da CVB-RS conheci inúmeros profissionais que também são voluntários lá, como psicólogos, médicos, socorristas, professores, administradores, advogados, jornalistas, entre outros. Alguns deles também atuam profissionalmente – fora do voluntariado na CVB-RS – com o tema da dependência química e do uso de substâncias psicoativas, outros não. O ingresso como voluntário na Cruz Vermelha não me garantiu o pronto acesso ao ambulatório, meu “desejo de consumo” em termos de trabalho de campo, então resolvi assimilar tudo que eu podia no contexto do Setor de Prevenção e suas práticas.

De certa forma esta experiência me ajudou a incluir na presente tese a discussão a respeito dos cursos de aperfeiçoamento e formação em dependência química que apresentei no capítulo anterior. Ainda que tenha tido dificuldades em acessar o ambulatório da instituição e tenha passado a maior parte do tempo no Setor de Prevenção fiz a escolha de não usar esta experiência específica como dado de pesquisa por dois motivos: a falta de distanciamento e estranhamento sobre as atividades que eu desenvolvia lá e também o fato de a prevenção não ser o tema de maior interesse na discussão desta tese. A questão da prevenção é de suma importância mesmo em se tratando das dinâmicas de cuidado em saúde relacionadas ao uso de psicoativos, mas exigiria um desvio de percurso muito grande para que eu pudesse abordá-la com a importância que merece. Anteriormente citei alguns trabalhos interessantes que são

essenciais para o entendimento do debate sobre a prevenção, tais como Noto e Galduróz (1999), Sodelli (2006; 2007; 2010), e Ribeiro (2008).

Assim, fui me deixando levar pelos contatos interinstitucionais mais uma vez. A experiência na Cruz Vermelha de Porto Alegre me direcionou a outra instituição na qual realizei trabalho de campo. Uma voluntária do Setor de Comunicação da CVB-RS que também trabalhava em uma comunidade terapêutica (CT), ao conversarmos sobre meu projeto de pesquisa, sugeriu que eu procurasse essa outra instituição. Ela presumiu que esse contato seria interessante para a minha pesquisa na medida em que se tratava de outro tipo de abordagem sobre o tema da atenção em saúde à dependência química. E ela estava certa. Foi um fator diferencial na pesquisa, que acrescentou mais diversidade ao já heterogêneo recorte de campo. Mais uma vez foi a partir da inserção em um espaço terapêutico específico que eu fui direcionado a outro local pertencente à mesma rede⁴⁷. Neste caso, procurei a comunidade terapêutica conhecida como Programa de Auxílio Comunitário ao Toxicômano de Porto Alegre (PACTO) através do contato da colega voluntária na Cruz Vermelha. Foi essa referência a partir de alguém de confiança que me abriu as portas naquele ambiente. Não cheguei lá por conta própria. Se eu tivesse buscado em listas de instituições também teria encontrado essa mesma CT, mas talvez não tivesse tido o acesso e acolhimento que tive se tivesse chegado lá sem uma referência pessoal.

Em um primeiro momento procurei a instituição para explicar meus propósitos de pesquisa e de pronto fui bem recebido pelos funcionários e alguns diretores para uma conversa breve. A sugestão foi que logo de início eu acompanhasse algumas reuniões de Amor-Exigente que são direcionadas aos familiares de internos em tratamento na CT com o objetivo de ir me ambientando aos poucos. Após acompanhar algumas dessas reuniões chegou o momento em que eu pude apresentar meu projeto de pesquisa ao corpo diretor do PACTO. Após a apresentação deixei uma cópia do projeto para avaliação mais detalhada por parte da diretoria da instituição. Por se tratar de um espaço terapêutico privado a minha inserção em campo não foi condicionada a nenhuma avaliação de Comitê de Ética, apenas à aprovação do corpo diretor da instituição. Em

⁴⁷ No próximo capítulo desenvolverei o argumento que desconstrói a ideia de uma *rede* teórica e *a priori*, justamente para valorizar a ideia de rede enquanto *deslocamento*. A noção de rede que estou trabalhando só existe na experiência de cada indivíduo na posição de paciente/cliente. Ou seja, não é a mesma para todos e só pode ser apreendida *a posteriori*, a partir das experiências de vida e dos deslocamentos concretos.

pouco tempo obtive a resposta positiva para o cumprimento dos objetivos de pesquisa que havia estabelecido para aquele local: visitar a fazenda na qual a maior parte do tratamento é colocada em prática e, posteriormente, realizar entrevistas com alguns indivíduos na situação de pacientes/clientes.

O último local do qual me aproximei, o Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), eu procurei por conta própria. Iniciei o contato individualmente, sem ser indicado por outras pessoas. Por ser um espaço voltado ao cuidado em psiquiatria, estritamente dentro da área biomédica, houve trâmites burocráticos a ser cumpridos. E não foram poucos. Meu interesse primeiro era acessar a ala de internação psiquiátrica pela qual passam muitos dependentes químicos com o objetivo de se *desintoxicar*. Pensava nisto com o intuito de diversificar o campo, já que estava inserido em uma CT, em um ambulatório, e nos grupos de Narcóticos Anônimos. Mas não foi possível por motivos que explicitarei depois. Terminei acompanhando as atividades do ambulatório deste mesmo hospital. Ressalto novamente que tanto no HPSP quanto na Cruz Vermelha, principalmente neste último, não houve tempo hábil para realizar um trabalho de campo de imersão, profundo, devido a restrições e atrasos impostos pela avaliação do projeto da pesquisa pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Porto Alegre.

Com este breve preâmbulo à narrativa sobre o trabalho de campo, quero dizer que as instituições terapêuticas – ou as pessoas que nelas prestam serviços – dentro uma cidade ou mesmo região se conhecem, constroem relações e, conseqüentemente, direcionam os pacientes/clientes em uma ou outra direção, se acharem necessário. E aqui não estou pensando unicamente no fluxograma e nos encaminhamentos do Sistema Único de Saúde e das políticas públicas, mas nessa grande rede de cuidado que engloba muito mais atores sociais institucionais e não institucionais. Há uma diversidade quantitativa e qualitativa no estabelecimento dessas relações, como procurei demonstrar através dos meus próprios deslocamentos pelo universo empírico no qual foi realizada a pesquisa.

O ponto a ser observado aqui é que as práticas de cuidado voltadas para a abstinência, quando dialogam, o fazem entre si, e não com as práticas de redução de danos⁴⁸. Nesses quatro ambientes a redução de danos é ausente. Nos eventos

⁴⁸ Relembrando o argumento apresentado anteriormente, a redução de danos pode ser vista como um *paradigma* que constitui outro olhar sobre a questão das drogas e álcool e institui outras tecnologias de

científicos/políticos de formação e aperfeiçoamento que citei anteriormente, ainda que voltados para a abstinência como principal recurso terapêutico, a redução de danos aparecia ao menos como um acessório, não era de todo ignorada. Nos quatro locais do trabalho de campo não se fala sobre o assunto. A redução de danos não é colocada em ação de nenhuma forma. A abstinência é sempre o objetivo, a meta. Por vezes, inclusive, é uma exigência. Ainda assim, como será demonstrado a seguir, cada um desses espaços se utiliza de elementos práticos e discursivos próprios para colocar em ação o *cuidado de dependentes químicos*.

O relato apresentado a seguir tem um objetivo específico no âmbito do presente trabalho: ilustrar a partir de exemplos empíricos, etnográficos, espaços terapêuticos que não são voltados para abrigar a diversidade individual. Pelo contrário, trata-se de espaços que acolhem indivíduos através da imposição de conceitos, colocando-os em uma posição de alteridade em relação à população em geral – um tipo de *alteridade patológica* –, e conseqüentemente lhes delegando uma posição ou papel social de paciente/cliente⁴⁹. Os quatro modelos terapêuticos apresentados são previstos pelas políticas públicas de atenção aos usuários de psicoativos, formando uma espécie de rede ideal. Mas algumas dúvidas começam a aparecer quando voltamos nossa atenção para as descontinuidades dessa rede. Fora o fato de estarem todos previstos nas políticas públicas, existe ligação entre os diferentes modelos? Eles se completam? Complementam-se? Formam um sistema-rede coerente? São estas perguntas, dúvidas, questionamentos que devem vir à tona após a leitura das próximas páginas. Não são respostas o que se procura construir neste capítulo do trabalho, mas a explicitação de dúvidas e questionamentos que emergiram a partir da experiência de trabalho de campo etnográfico.

5.1 Grupo de Narcóticos Anônimos

intervenção, que respeitem a diversidade das formas de ser e estar no mundo, e promovam saúde e cidadania; como um conjunto de estratégias para promover saúde e cidadania, construídas *para e por* pessoas que usam substâncias psicoativas ilícitas e lícitas, e que buscam minimizar eventuais conseqüências negativas do uso dessas substâncias sem colocar a abstinência como único objetivo do trabalho em saúde; também pode ser vista como uma *política pública* centrada no sujeito e constituída com foco na promoção da saúde e cidadania das pessoas.

⁴⁹ Aqui, novamente, a diferença para a redução de danos é que esta não acolhe ou aborda indivíduos lhes delegando o papel social de *pacientes/clientes*, e sim de *cidadãos*.

Foi a partir da dificuldade das terapias biomédicas em tratar do alcoolismo, um tipo específico de dependência química, que surge o primeiro dos grupos de ajuda mútua: os Alcoólicos Anônimos (AA), na década de 1930, nos Estados Unidos⁵⁰. O AA encontrou rápida aceitação, mesmo nos meios científicos, devido à sua eficácia em transformar alcoolistas inveterados em abstêmios no médio e longo prazo. Obviamente que o tratamento não funcionou para todos que o procuraram. Mas como o grupo colocou na base da terapêutica a aceitação pessoal da condição de doente incurável e também a noção de impotência perante o álcool, a ineficácia ficou implicitamente atribuída ao não comprometimento do participante. Não obstante, o “índice de sucesso” é maior que a média de outros tratamentos e por este motivo os AA tornaram-se um modelo mundialmente seguido.

Os Alcoólicos Anônimos estabeleceram as bases de um modelo terapêutico posteriormente difundido e apropriado de inúmeras formas, a *terapia de ajuda mútua* pautada na prática confessional. Neuróticos Anônimos, Devedores Anônimos, Dependentes de Amor e Sexo Anônimos, são alguns dentre muitos outros exemplos de apropriação da terapia da ajuda mútua (Mota, 2004). Além da prática confessional, este modelo especificamente aponta para a abstinência total (nos grupos para dependentes químicos), para a identificação entre os participantes enquanto iguais – numa espécie de jogo de espelhos (Trois, 1998), pois são portadores de uma mesma condição (doença, nos seus termos) –, para o compartilhamento de suas experiências pessoais como forma de circular um conhecimento prático sobre a própria doença e sobre o *processo de recuperação*, e para o anonimato. O apelo ao anonimato nos grupos de ajuda mútua tem relação com a discriminação social direcionada aos portadores de distúrbios compulsivos, principalmente em relação aos dependentes químicos. Assim, aqueles que participam dos grupos normalmente não se identificam enquanto tal fora daqueles limites. E, principalmente, não comentam sobre os seus companheiros de grupo fora dali. O anonimato passa a ser, desta forma, um importante fator operativo na reconstrução da identidade daqueles indivíduos – Fróis (2007), Campos (2009).

O programa tem ainda bases espirituais, como quando propõe a seus participantes que compreendam que existe um *Poder Superior* – Deus, como cada um o

⁵⁰ Alguns trabalhos importantes sobre esses grupos realizados no Brasil no âmbito da antropologia e sociologia: Mota (2004), Garcia (2003, 2004), Campos (2005, 2009), Tadvald (2006). Bateson (2000) é uma referência clássica de trabalho antropológico sobre os Alcoólicos Anônimos.

compreende individualmente – ao qual devem se entregar. É importante lembrar também que muitos grupos se reúnem em espaços cedidos por instituições religiosas. Para algumas pessoas o fato de adentrar um espaço religioso para frequentar uma reunião de Narcóticos Anônimos pode significar o contato, ainda que superficial, com a própria ideia de um espaço religioso ou de religiosidade. Se pensarmos em alguém para quem a religiosidade não é presente no dia a dia, o simples fato de ir até uma igreja para participar de NA pode significar *algum* contato.

O programa de AA e NA também é baseado em um conjunto de 12 Passos que devem ser seguidos individualmente pelos participantes. Esses passos funcionam como uma espécie de guia para individual manter a doença *sob controle*, já que a mesma é considerada incurável. Essa gama de diretrizes e orientações, assim como os outros elementos práticos citados logo acima, são a própria terapia em ação. É o que chamam de *vivenciar a recuperação*, um tipo de processo que nunca está finalizado, que é uma constante (diária) atualização da condição de *não estar doente* – ou não manifestando os sintomas da doença, já que dentro dos pressupostos dos grupos de ajuda mútua ela já existia antes dos indivíduos assumirem essa condição, e fará parte do resto de suas vidas, uma vez que é considerada incurável.

Os Narcóticos Anônimos foram fundados no começo da década de 1950, também nos Estados Unidos, na cidade de Los Angeles, a partir do modelo criado pelo AA (Loeck, 2009; Cardoso, 2006). Dependentes de outras substâncias – principalmente das ilícitas –, provavelmente por falta de alternativas terapêuticas à época, estavam participando de AA sem conseguir a necessária identificação. Justamente porque não compartilhavam o mesmo tipo de experiência – subjetiva, biológica e sociocultural – em relação às práticas dos alcoolistas. Além disso, pelo fato de serem usuários de substâncias ilícitas, eram alvo de discriminação dentro do próprio AA. Estes fatos impulsionaram a criação de um novo grupo, que manteve a base terapêutica bem-sucedida dos seus precursores e ao mesmo tempo adaptou os principais conceitos visando uma maior integração e identificação da nova demanda de participantes.

As principais adaptações foram direcionadas às particularidades da definição da doença em relação ao alcoolismo. Manteve-se o modelo da prática confessional, da abstinência total – agora de “qualquer substância alteradora do humor”, inclusive de álcool –, da entrega ao Poder Superior, da identificação entre os participantes, dos 12 Passos, do compartilhamento de experiências e da “recuperação” dia-a-dia. Mas, ao

invés de se declarar impotente perante uma substância específica qualquer, um membro de NA vê a si mesmo com impotente perante a “adicação”. Este termo define a doença que acomete os membros de NA, e o termo “adicto” se refere à pessoa acometida por este mal. É um termo que está mais associado à compulsão e à obsessão que alguém tem em consumir alguma substância do que em qualquer substância por si só. Esta foi a maneira que os criadores de NA encontraram para abarcar teórica, discursiva e pragmaticamente práticas tão diversas como o uso de cocaína e o de maconha ou heroína, por exemplo. Encontrou-se uma base conceitual comum que poderia ser mutuamente compartilhada e com a qual pessoas – realidades subjetivas diversas – poderiam se identificar.

À primeira vista, para uma pessoa que esteja participando pela primeira vez de uma reunião de NA, aquele ambiente pode se apresentar como bastante homogêneo, por mais que congregue indivíduos particulares, idiossincráticos. Isso porque nas reuniões do grupo, espaço privilegiado e formal das práticas confessionais e do compartilhamento de experiências entre os membros, o tema é exatamente a convergência de perspectivas. Percebe-se em ação a construção daquilo que foi definido por “comunidades narrativas” (Humphreys, 2000; Rafalovich, 1999; Steffen, 1997). Nestas, as particularidades dos discursos individuais, ao tratarem de experiências sócio-subjetivas nas narrativas de compartilhamento com o grupo, adequam-se a um conjunto de códigos que deve ser compartilhado pelos presentes – a simbologia e ideologia do grupo.

Em uma pesquisa antropológica, ao se abordar este tipo de grupo voltando-se para dentro, para a sua sincronicidade, é difícil não reproduzir esta homogeneidade, porque tudo ali é apresentado de uma forma que produza muito sentido. Este foi um dos motivos que me incitou a procurar pelas trajetórias de vida dos participantes. As trajetórias me permitiram contornar ou contrastar essa homogeneidade aparente através da explicitação da diversidade dos indivíduos em seus percursos, em seus agenciamentos particulares, fora da formalidade ritual que domina as reuniões. Na dissertação de mestrado descrevi as reuniões de NA aproximando-as da lógica ritual, enquanto momento que marca explicitamente uma ruptura com o cotidiano. É um ritual de confissão em grupo, de compartilhamento de experiências, no qual existem regras explícitas e implícitas que devem ser respeitadas (Loeck, 2009).

Os principais e mais generalizantes sentidos circulando nesse ambiente, ou os fatores de convergência dos discursos individuais, dizem respeito a uma trajetória de usuário de substâncias psicoativas em algum momento ligada a eventos negativos, e uma trajetória de participação no NA ou de busca por ajuda terapêutica enquanto valor positivo. Dentro do NA todos são “adictos em recuperação”, pois supostamente estão em abstinência e, cada um a seu modo, acompanhando as reuniões do grupo. Esta categoria se opõe à do “adicto da ativa”. No NA, quando membros se referem ao tempo em que usavam substância(s) psicoativa(s), dizem “quando eu estava na ativa”. Dentro da ideologia do grupo é disseminado que os “adictos” já possuíam essa condição mesmo antes de consumir qualquer substância psicoativa, e vão continuar a possuindo para o resto de suas vidas, cabendo a cada um a escolha de estar “em recuperação” ou “na ativa”. Trata-se do mote da doença crônica e incurável, mas controlável.

Desta forma, o NA e sua simbologia atuam como um novo marco interpretativo para as biografias de seus participantes, pontuando uma ruptura entre um antes negativo e a ser superado, e não exatamente um depois, uma superação, mas um *agora* positivo, em forma de *continuum*, diariamente atualizado pelas práticas dos indivíduos e pautado, principalmente, por um “querer estar bem”. Essa negatização do passado, em muitos casos, não necessita de grande esforço interpretativo ou de deslocamento de perspectiva, porque é bastante comum nas trajetórias de dependentes químicos ocorrerem perdas materiais e de saúde e também o rompimento de relacionamentos de parentesco, afetivos e de trabalho.

Em contato com os grupos, pude perceber que os membros que conseguem se beneficiar de Narcóticos Anônimos, que conseguem criar sentidos positivos a partir de sua participação nos grupos, são categóricos em dizer que o comprometimento individual com o empreendimento da “recuperação” é requisito essencial para o sucesso. Em outras palavras, este engajamento subjetivo com a tarefa de alcançar a boa saúde é um *pressuposto para* e uma *consequência contínua* do “processo de recuperação”. Percebe-se, assim, um importante elemento de eficácia simbólica, no sentido atribuído por Lévi-Strauss (2003), pois na própria literatura de NA se considera um *a priori* o fato dele funcionar, ser eficaz. No espaço das reuniões, em nenhum momento se discute a eficácia do programa de NA. Se algum participante alega a inoperância do programa para com os seus pares, possivelmente ouvirá dos mesmos que está fazendo alguma coisa errada ou que não está seguindo as orientações como deveria.

Orientações estas presentes na literatura de NA e repetidas por seus membros mais experientes, que não possuem apenas conotação espiritual ou subjetiva, mas dizem respeito também a um tipo de condicionamento comportamental e apontam para a reconfiguração da rede de relações sociais dos membros de Narcóticos Anônimos. É constantemente expressada a sugestão, inclusive na literatura de NA, para que os participantes evitem “hábitos, lugares e pessoas da época de ativa”, como forma de evitar as “recaídas”, de “evitar a primeira dose”. Estando próximo de lugares ou de pessoas que façam uso de psicoativos, o “adicto em recuperação” estaria mais propenso a fazer uso da(s) substância(s) também.

Um episódio que pude observar durante o trabalho de campo é bem ilustrativo deste aspecto: no decorrer de uma reunião, chega uma mulher, por volta dos 40 anos, visivelmente alterada à sala de reunião – possivelmente sob o efeito de alguma substância psicoativa. Fato este que causou um mal-estar generalizado, pois se pede que os participantes não estejam sob o efeito ou portando qualquer tipo de substância psicoativa no decorrer das reuniões. Quando chega a vez desta mulher alterada compartilhar com o grupo, ela reclama de uma amiga, também participante de Narcóticos Anônimos, que não quis atendê-la pessoalmente em uma ocasião de necessidade. A mulher relatou ter feito uso da sua substância psicoativa de escolha e procurado sem sucesso a ajuda da amiga em seguida. Todo seu relato durante a reunião foi em tom de muita indignação e crítica à amiga em particular, mas também aos Narcóticos Anônimos como instituição. Na sequência da reunião naquele mesmo dia outra participante, bem mais jovem que a primeira, responde a esta que a crítica não se sustentava e que a amiga criticada fez certo em não encontrá-la pessoalmente, pois poderia estar passando por um período delicado de sua “recuperação” e o encontro com uma pessoa “alterada”, sob o efeito de psicoativos, poderia ser prejudicial, pois correria assim o risco de uma “recaída”.

No mesmo sentido me apontou certa vez outro membro de Narcóticos Anônimos – estava “limpo” há 20 anos – com a seguinte frase: “se você usou, o problema é seu; se você não usou, o problema é nosso”. Assim, a própria rede de pessoas formada pelos membros e participantes de Narcóticos Anônimos se apresenta como matéria-prima ideal para o estabelecimento dos novos laços sociais que são sugeridos participantes deste modelo terapêutico, exatamente porque os indivíduos que a compõem – presume-se – estão na mesma situação de terem que evitar o uso de

substâncias psicoativas e procurar construir novas relações sociais. Assim, penso que a terapia da ajuda mútua pode ser bem definida pela metáfora do “dar o peixe ou ensinar a pescar”. Não se trata de dizer aos companheiros de grupo: isto está certo ou errado. E sim, através de suas próprias vivências narradas durante as reuniões e nos encontros fora de Narcóticos Anônimos, tentar demonstrar aos companheiros os erros e acertos de sua própria trajetória de “recuperação”, para que eles possam, cada um à sua maneira, trilhar seu próprio caminho.

Acompanhando um mesmo grupo com frequência quase semanal por cerca de dez meses, novas impressões sobre Narcóticos Anônimos emergiram. Minha experiência anterior com a irmandade auxiliou a fazer uma nova inserção em campo já bastante informado sobre o contexto interno do grupo. Se de início este fato poderia me fazer levar pela confiança, deixando de atentar para fatos importantes, esse conhecimento prévio me permitiu olhar para elementos menos evidentes. Tratou-se de um trabalho de observação menos centrado nas ideias, na ideologia e no discurso. Pude prestar atenção nas práticas, em como os indivíduos se apropriam do grupo, como os recém-chegados são recebidos, quais e quantos são os indivíduos com presença mais constante nas reuniões, e outras situações da mesma natureza.

Neste período observei que havia um participante recorrente no grupo, com idade entre 30 e 35 anos, que destoava comportamental e esteticamente do restante dos participantes. Em mais de uma ocasião percebi que alguns membros faziam questão de se distanciar deste indivíduo, de estabelecer claros limites entre *nós* e *ele*, demonstrando que ele não representava um membro típico-ideal de Narcóticos Anônimos. Quando o rapaz era sorteado para compartilhar com o grupo durante as reuniões, normalmente não era ouvido pelo restante dos participantes, no sentido de que não prestavam atenção nele, não estabeleciam um diálogo, ainda que crítico, como o apresentado no exemplo anterior entre as duas mulheres. Uma vez presenciei, antes do início da reunião, um membro/servidor de Narcóticos Anônimos chamando a atenção daquele rapaz, uma vez que ele estava na antessala do grupo deitado em um sofá, com roupas e aparência suja. Chamou-se a sua atenção porque o servidor – que presta voluntariamente algum serviço para Narcóticos Anônimos, como abrir e organizar as salas de reuniões e coordená-las – estava preocupado com a imagem do grupo que podia ser prejudicada, pois a grande maioria dos participantes tem boa apresentação pessoal e compartilham de uma mesma ética comportamental. Ressalta-se que os grupos de Narcóticos Anônimos são

ambientes que primam por transmitir uma boa imagem para pessoas de fora (visitantes) ou que estejam se aproximando, participando de uma reunião pela primeira vez. O exemplo que acabo de citar indica exatamente que os grupos de Narcóticos Anônimos *acolhem a diferença*, mas dentro de suas regras implícitas e explícitas, *tentando transformar essa diferença em igualdade*. Não há possibilidade, ao menos não nos momentos compartilhados pelos participantes, que poderiam ser classificados como institucionais, para questionamentos, confrontos, ou de agência humana fora de determinadas diretrizes comportamentais.

Retomando a ideia da “recuperação”, esta deve ser vivida “um dia de cada vez” ou, para usar um termo bastante repetido, a partir do conceito de “só por hoje”. Esse “só por hoje” começa com o não uso de nenhuma substância psicoativa e se espalha para outros tipos de atitudes que também são associadas a comportamentos “de ativa”, como mentir, procrastinar, entre outros. A ideologia do grupo não incita a se pensar em parar de usar qualquer substância para sempre, por toda a vida, mas se aposta em um objetivo mais palpável e concreto para quem até então fazia uso de psicoativos de forma danosa e, muitas vezes, descontroladamente: “só por hoje não usarei drogas”. Lema e prática que, se atingida todos os dias, pode levar a longos períodos de “sobriedade”. Trata-se de uma abordagem pragmática.

Uma vez iniciado o “processo de recuperação”, os membros de Narcóticos Anônimos passam a contar os dias que acumulam “limpos” (sinônimo para abstinência), apresentando-se aos companheiros de grupo durante as reuniões com o seu primeiro nome e o tempo em abstinência atingido até aquele momento. A “recaída” diz respeito a uma ruptura da abstinência nesta contagem. Trata-se de um uso eventual que pode voltar a se tornar contínuo, atingindo a situação de “ativa” novamente. Mas o importante aqui é que nos Narcóticos Anônimos qualquer uso após a entrada na abstinência é considerado uma “recaída”, evento que interrompe o “processo de recuperação”, fazendo com que o “tempo limpo” seja descontinuado, zerado⁵¹. A contagem dos dias em abstinência é compartilhada com os companheiros de grupo, tornando o “processo de recuperação” algo que se desenrola no tempo, assim como as rupturas neste processo a partir das “recaídas”. Deve-se levar em consideração que o “tempo limpo” se torna também um tipo de símbolo de status no interior de NA, uma

⁵¹ Diferente da noção aplicada, por exemplo, nos ambulatórios biomédicos abordados a seguir neste capítulo, onde se diferencia “lapso” – uso eventual – de “recaída” – retomada de antigos padrões de uso de psicoativos

vez que aqueles que atingem determinado período acumulado em abstinência celebram pequenas cerimônias durante as reuniões, nas quais ganham o direito de adquirir e portar medalhas (chaveiros) com a impressão do período “limpo” atingido. Recebe-se uma medalha ao ingressar em NA (bem-vindo), outra com 30 dias “limpo”, e a partir daí, outras atingindo 60 dias, 90 dias, 6 meses, 9 meses, 1 ano, e 18 meses “limpo”. Após o décimo oitavo mês se passa a ter o direito de receber uma por ano, com os dizeres “múltiplos anos”.

Outra ideia compartilhada em Narcóticos Anônimos que também remete ao sentido do desenrolar temporal do “processo de recuperação” pode ser observada nos termos “mais será revelado” e “continue voltando porque o segredo está na próxima reunião”. São noções que direcionam os membros de NA a moldar suas práticas de apropriação do grupo pautadas pela repetição, pelo constante retorno, pela participação contínua. O segredo da “recuperação” passa a estar no processo, não em eventos específicos. Ao mesmo tempo, projeta-se sempre para o futuro a possibilidade de “cura”, até porque este conceito não existe no grupo. Mas a projeção do inalcançável para o futuro estimula os membros de Narcóticos Anônimos a estarem sempre atentos, a se tornarem vigilantes de si mesmos e de seus próprios comportamentos e atitudes. Eles devem estar sempre preocupados e engajados com o presente, com o hoje. Uma sucessão de dias abstêmios vividos um de cada vez pode perfazer uma longa trajetória de sobriedade.

Muitos participantes de Narcóticos Anônimos conseguem se manter abstêmios por longos períodos de tempo seguindo as sugestões citadas acima. Mas se pode dizer que há uma alternância entre os extremos de um tipo de “conversão” em “adicto em recuperação” e o que nos limites do grupo classificam como o membro “cai-cai” – diz respeito àqueles que recaem, quebram a abstinência, se afastam do grupo e posteriormente voltam, não conseguem se manter por longos períodos engajados com o “processo de recuperação” e abstêmios. Por exemplo: dois indivíduos conhecem o grupo há 20 anos, sendo que o primeiro deles participa e se mantém “limpo” desde a primeira participação; já o outro ficou no começo por três meses “limpo”, “recaiu” e se afastou durante dois meses para retornar e permanecer por mais cinco meses e se afastar novamente, assim sucessivamente.

Retoma-se agora um ponto essencial para o argumento deste capítulo, a respeito da exigência de abstinência em instituições de atenção e cuidado aos usuários

de substâncias psicoativas. Não há impedimento normativo oficial para que os membros chamados de “cai-cai” participem de Narcóticos Anônimos, desde que ao participar das reuniões eles estejam sóbrios, “limpos”, abstêmios ao menos no dia de sua participação. O pedido feito no começo das reuniões é para que aqueles que tenham usado alguma substância psicoativa naquele mesmo dia não falem ao grupo, mas procurem algum membro mais experiente para uma conversa em particular. Agora se estes membros, sejam “cai-cai” ou não, tiverem feito uso de psicoativos no dia anterior à reunião, sempre poderão falar ao grupo, compartilhar, mesmo tendo recaídas constantemente. A restrição aos participantes com trajetórias menos constantes em Narcóticos Anônimos começa a ser observável em sua manifestação implícita às interações sociais, como demonstrei acima com o exemplo do participante “desleixado”. Se não nos momentos rituais e institucionais das reuniões, uma vez que nenhum membro pode “falar em nome de Narcóticos Anônimos”, ao menos nas relações interativas é possível de se observar alguns elementos práticos que tendem a separar, a criam *alteridade*.

Com o objetivo de auxiliar os membros participantes a atingir o objetivo da *abstinência dia após dia*, uma das sugestões da literatura de Narcóticos Anônimos, confirmada pelos membros mais experientes como eficaz, é resumida na frase “evite lugares, pessoas e hábitos da ativa”. O que quer dizer isto? Que será muito mais fácil para alguém se manter sóbrio não mantendo contato com elementos materiais que façam emergir as memórias de uso de psicoativos. Trata-se de diminuir as possibilidades de ser confrontado com situações que levariam ao uso de psicoativos, de diminuir as possibilidades de ter que fazer o que chamam nos limites dos grupos de NA de “movimento contrário” – transformar a vontade de usar psicoativos no seu oposto, em vontade de não usar.

Mas essa sugestão de Narcóticos Anônimos traz complicadores se partirmos do argumento que foi apresentado ao final do segundo capítulo da presente tese, de que mesmo para indivíduos que desenvolvem a dependência química em algum momento de suas vidas houve *usos normais* que antecederam aquele processo. Se houve, em algum momento de suas trajetórias, *bons usos* de psicoativos, *usos habituais*, o que quer dizer “evitar lugares, pessoas e hábitos da ativa”? Pode significar uma transformação de toda a vida cotidiana, uma mudança nos círculos de relações sociais mais e menos próximas, em torno do objetivo máximo de não usar psicoativos de maneira nenhuma. E neste ponto o círculo se fecha, pois o próprio agrupamento de Narcóticos Anônimos atua

como matéria-prima social-interativa para que esses indivíduos estabeleçam *novas relações* com lugares, pessoas e hábitos. Ou, argumentando de maneira mais precisa, para que estabeleçam relações com *novos lugares, novas pessoas e novos hábitos*. Nada mais adequado do que estar, no âmbito dos grupos de Narcóticos Anônimos, em contato com pessoas que possuam os mesmos objetivos de não usar psicoativos e de se afastar de lugares e pessoas relacionados a essas práticas.

Narcóticos Anônimos, mais do que oferecer um conjunto de orientações a nível individual, que tocam temas desde o “despertar espiritual” até a mudança de hábitos, é um espaço privilegiado para a prática de novas sociabilidades pautadas pelo não uso de substâncias psicoativas. Ao mesmo tempo em que possui abertura a ponto de acolher a todos que procuram o grupo, Narcóticos Anônimos pratica a acolhida a partir da exigência da abstinência, se não de longo prazo, no mínimo no dia da participação. Para finalizar este argumento retomo a frase apresentada anteriormente, considerando-a bastante representativa da tensão entre o acolhimento sem restrições e a restrição impositiva da abstinência dentro do ambiente de Narcóticos Anônimos: “se você usou, o problema é seu; se você não usou, o problema é nosso”. Muitas pessoas se beneficiam do grupo, e a sua expansão em escala global apenas confirma tal fato. Mas para o debate proposto nesta tese, basta compreender que apesar disso é um ambiente que restringe, exige aderência, e discrimina – não no sentido de expressar preconceitos, mas no de distinguir – determinados comportamentos e pessoas. Ainda que implicitamente, nas relações interativas entre as pessoas participantes, existem mecanismos que estabelecem *alteridades*, que apontam para o fato de que alguns são mais membros do que outros.

5.2 Ambulatório da Cruz Vermelha Brasileira – Rio Grande do Sul

Como foi ressaltado anteriormente, minha chegada até a Cruz Vermelha de Porto Alegre se deu através do contato prévio junto aos grupos de Narcóticos Anônimos da cidade. A CVB-RS desenvolve suas atividades em um antigo casarão na Av. Independência, tombado pelo patrimônio histórico da cidade. Foi durante as visitas a um grupo de NA nas instalações deste mesmo edifício que literalmente me deparei com a Cruz Vermelha, nas primeiras vezes ainda sem imaginar que poderia ser um lugar

interessante para realizar parte do trabalho de campo. Posteriormente, ao fazer um levantamento sobre locais de tratamento para dependência química na cidade de Porto Alegre, o nome desta instituição apareceu citado em diversas listagens de serviços, em *sites* de internet relacionados ao tratamento para usos problemáticos de psicoativos, entre outras referências.

Procurei primeiramente o ambulatório da CVB-RS, me apresentando como pesquisador antropólogo com interesse de conhecer o funcionamento do mesmo. O ambulatório ocupa a parte inferior, no andar térreo da grande casa que ocupa a Cruz Vermelha em Porto Alegre. Logo no primeiro contato fui mandado “para cima”, onde se localiza a parte administrativa da instituição. Tive então uma conversa com o diretor do local, um médico psiquiatra com longa trajetória na atenção aos usuários problemático de psicoativos e considerado por muitas pessoas que trabalham com o tema como um precursor na atenção em saúde para dependentes químicos na cidade de Porto Alegre. Por exemplo, foi ele que na década de 1980 introduziu na CVB-RS o objetivo de atender pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Pude ouvir relatos de que ele também foi o responsável por introduzir os grupos de ajuda mútua em Porto Alegre, trazendo a ideia diretamente dos Estados Unidos após uma visita de trabalho àquele país. Não por acaso o espaço da CVB-RS está diretamente relacionado a inúmeros grupos de ajuda mútua, e a instituição focada no cuidado aos distúrbios compulsivos em geral.

Na primeira conversa com o diretor expliquei meus objetivos de pesquisa, falando que gostaria de acessar o ambulatório, conversar com os pacientes que circulam por ali, conhecer a história e acompanhar de perto o funcionamento da CVB-RS. Ele me perguntou, de pronto, o seguinte: “Você já pensou em ser voluntário?”. Eu não havia pensado. Na verdade não fazia a menor ideia de como funcionava aquele espaço institucional. Foi neste momento que descobri o ímpeto assistencialista da instituição relacionado à atenção aos usuários de substâncias psicoativas, neste caso fugindo das atribuições comumente identificadas com o trabalho da Cruz Vermelha Internacional, como o socorro às vítimas de guerra, socorro às vítimas de catástrofes naturais, campanhas de arrecadamento de alimentos e roupas. A Cruz Vermelha de Porto Alegre também presta todos esses tipos de ajuda humanitária, sendo o atendimento a usuários de substâncias psicoativas um trabalho adicional. Desta forma, antes de acessar o ambulatório da CVB-RS, que dependia de aprovação junto aos Comitês de Ética em

Pesquisa da UFRGS e da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, me tornei voluntário e fui alocado no Setor de Prevenção.

No início fiquei em dúvida a respeito de como eu poderia contribuir com trabalho voluntário no Setor de Prevenção, sendo que eu vinha da área das Ciências Sociais, com formação em Antropologia Social, e trabalhava essencialmente com pesquisa científica. Muitos dos profissionais que são voluntários na CVB-RS o fazem exercendo suas profissões, como psicólogos, terapeutas e médicos prestando atendimento, assim como advogados e administradores fazendo o trabalho de gestão, e assim por diante. Mas em que um antropólogo poderia contribuir para a dinâmica de funcionamento daquele espaço institucional?

O Setor de Prevenção se responsabiliza por cursos e palestras a respeito do uso de substâncias psicoativas, nos temas prevenção ao uso indevido de substâncias psicoativas, abordagens terapêuticas, capacitação de profissionais das áreas da saúde, assistência social, educação, etc. Este pareceu o setor mais cabível para que eu pudesse contribuir com o trabalho voluntário, no qual minha trajetória enquanto antropólogo faria algum sentido na construção dos conhecimentos ali disseminados. Foi exatamente o que aconteceu nos dez meses em que fui voluntário da CVB-RS. Trabalhei fazendo revisões bibliográficas e ajudando a produzir apresentações sobre os temas que o setor trabalha nos seus cursos e palestras.

Apesar disso, pela minha formação em antropologia e o foco das palestras e cursos ser direcionado às definições biomédicas e abordagens terapêuticas para dependência química visando à abstinência, eu não participei ativamente dos cursos a não ser prestando assistência técnica. Em nenhuma ocasião eu falei ao público representando o Setor de Prevenção da CVB-RS, uma vez que sempre havia profissionais mais habilitados e com mais experiência prática no assunto presentes. Desta forma, não pretendo aqui fazer uma análise do meu próprio trabalho no Setor de Prevenção ou das atividades desenvolvidas pelos colegas de voluntariado. Em primeiro lugar porque se distanciaria dos objetivos desta tese, que trata de abordagens terapêuticas para o que se considera uma patologia – a dependência química. Em segundo lugar, porque não me sinto devidamente distanciado dessas atividades a ponto de analisá-las. Minha trajetória como voluntário neste setor não teve fins etnográficos, não houve *observação participante*, e sim pura e simplesmente *participação*.

A Cruz Vermelha de Porto Alegre se mantém principalmente graças ao corpo de voluntários que dedicam parte de suas vidas a continuar um trabalho pioneiro no atendimento aos usuários problemáticos de substâncias psicoativas. Ao mesmo tempo, é um espaço de formação, de capacitação prática, no qual muitos profissionais da área da saúde, assistência social, terapia ocupacional, e mesmo leigos em dependência química com intenção de adquirir conhecimento voltado a essa problemática aprendem a lidar com temas específicos que envolvem alguns tipos de terapêuticas voltados para usuários problemáticos de psicoativos. Não é necessário ser um especialista na área de dependência química para se voluntariar às funções exercidas no ambulatório, justamente porque a dinâmica da instituição é também voltada para o acompanhamento e formação especializada de profissionais, principalmente na área da saúde.

Durante vários meses de minha estadia como voluntário no Setor de Prevenção da Cruz Vermelha não tive acesso ao ambulatório da casa, devido ao atraso do Comitê de Ética em Pesquisa da Prefeitura Municipal de Porto Alegre em divulgar o parecer final sobre o projeto da pesquisa que eu apresentei. Quando finalmente tive o projeto aprovado, me restavam poucas semanas para realizar o trabalho de campo dentro do cronograma de pesquisa apresentado. Por se tratar de um ambiente ambulatorial, o qual exige uma permissão formal para a participação enquanto pesquisador, não havia possibilidade de contornar tal situação. Não havia mais tempo para alterar o cronograma. Assim tive que me contentar com o pouco tempo disponível e aproveitá-lo da melhor forma.

Particpei de apenas três reuniões de um grupo de “preparação para o fim de semana” antes de dar por encerrado o trabalho de campo na Cruz Vermelha de Porto Alegre. O curto tempo de participação não me permitiu criar vínculos com os pacientes para negociar a realização de entrevistas como havia planejado, mas, por outro lado, me permitiu observar alguns fatos interessantes que podem ser citados aqui. Trata-se de eventos bastante ilustrativos do argumento que é construído neste capítulo da tese: de que há ambientes terapêuticos que simplesmente demandam aderência dos pacientes/clientes, deixando pouca margem para que estes, ao menos nos momentos formais, expressem-se fora do conjunto de conceitos e práticas compartilhados e colocados em prática pelos terapeutas ou representantes da instituição. Em outras palavras, eles podem apenas expressar *patologia*.

Dentre os serviços terapêuticos oferecidos ao público na CVB-RS destacam-se o atendimento psicológico e psiquiátrico, os grupos de prevenção de recaída, grupos de retorno de fim de semana, grupos de preparação para o fim de semana, a terapia ocupacional, dentre outros. Na instituição também é possível de se conseguir, como pude comprovar nas entrevistas realizadas com pacientes/clientes de outros locais, encaminhamentos para outras instâncias terapêuticas, como a internação hospitalar para desintoxicação ou o ingresso em comunidades terapêuticas. Além disso, é muito comum o encaminhamento ou contato de pacientes/clientes da Cruz Vermelha com os grupos de ajuda mútua, dada a proximidade relacional – ideológica e empírica (espacial) – que é mantida entre a CVB-RS e os grupos de ajuda mútua.

Mas de que trata o grupo que eu pude acompanhar, chamado de grupo de “preparação para o fim de semana”? Ele é voltado para que os participantes expressem e debatam – entre eles e com os terapeutas – estratégias para passar o fim de semana vindouro sem usar substâncias psicoativas. No decorrer da semana útil o ambulatório da Cruz Vermelha de Porto Alegre funciona todos os dias, o que permite aos pacientes/clientes dessa instituição acessá-la se tiverem qualquer tipo de problema, se precisarem de conselhos, de atendimento ambulatorial ou de outros encaminhamentos. Durante os fins de semana esses pacientes/clientes precisam lidar com quaisquer eventualidades relacionadas aos problemas de uso de substâncias psicoativas sem contar com a instituição, daí a importância dessas reuniões preparatórias para o fim de semana.

Das reuniões que eu acompanhei participaram sempre uma maioria de homens e não mais do que oito pessoas por ocasião. Havia uma distinção clara entre os pacientes/clientes participantes e duas outras pessoas responsáveis pela reunião, chamados de “consultores em dependência química”. Um deles, homem, com idade entre 35 e 40 anos, eu já conhecia anteriormente enquanto membro de Narcóticos Anônimos – conheci-o durante a pesquisa de campo para a dissertação de mestrado. A outra pessoa na função de consultor, uma mulher, havia recentemente feito cursos de formação em dependência química na própria CVB-RS, inclusive um deles ministrado pela equipe do Setor de Prevenção, onde eu prestava serviço voluntário.

O conceito de dependência química que circula na Cruz Vermelha é o mesmo disseminado pelas ciências biomédicas, apresentado e discutido com detalhes nos dois primeiros capítulos do presente trabalho – distúrbio compulsivo, perda de controle sobre as ações, degradação física e moral. Mas o fato de haver um membro de NA entre os

consultores coordenando a reunião de “preparação para o fim de semana” acrescenta um elemento de sincretismo nesse conceito em seu aspecto prático, quando é colocado em ação, uma vez que não coincidem totalmente as ideias de *dependência química* e de *adição* – a primeira da biomedicina, a segunda dos Narcóticos Anônimos. Creio que o principal ponto de diferença reside no fato de que nos grupos de ajuda mútua a noção de *adição* assume a conotação de traço individual permanente e indissociável, inclusive anterior e posterior aos períodos de uso de substâncias psicoativas. Diferentemente da visão biomédica, que aborda a dependência química como problema *biopsicossocial* contornável, tratável, através de uma série de intervenções em cada uma das áreas relacionadas ao distúrbio.

Ficou claro durante a minha participação nessas reuniões de “preparação para o fim de semana” na Cruz Vermelha de Porto Alegre que em vários momentos foi acionado um discurso sobre a dependência química e sobre como contorná-la muito próximo daquele em prática nos grupos de Narcóticos Anônimos. O que inclui, conseqüentemente, uma propensão a tomar a abstinência total como o principal objetivo das práticas terapêuticas a partir da aplicação da noção de dependência química como uma doença crônica, incurável.

Em termos das minhas observações sobre as práticas interativas neste ambiente grupal, teço agora alguns comentários a respeito de uma situação bastante ilustrativa da dificuldade que algumas pessoas podem encontrar para se adaptar em ambientes que colocam a abstinência como exigência explícita ou implícita para o engajamento terapêutico. Nas reuniões de “preparação para o fim de semana” da Cruz Vermelha não percebi a abstinência como uma *condição* para a participação dos pacientes/clientes, mas como um elemento acionado em alguns momentos enquanto um ideal implícito que separa os indivíduos aderentes dos não aderentes, os *iguais* dos *outros* (*alteridade*), ainda que todos estivessem sendo *acolhidos*.

Nas poucas reuniões de “preparação para o fim de semana” que eu tive a oportunidade de presenciar, deparei-me com pessoas estabilizadas emocional e fisiologicamente, a grande maioria tomando medicamentos psiquiátricos, trabalhando ou afastados do trabalho para tratamento de saúde, além de serem participantes de outras intervenções terapêuticas – atendimento psicológico ou psiquiátrico, grupos de ajuda mútua, etc. Em outras palavras, eram indivíduos cujas vidas já não mais giravam em torno do uso de substâncias psicoativas – talvez nunca tivesse girado antes também.

Ou, pelo menos, já haviam abandonado círculos de relações sociais que mantinham com outros consumidores de substâncias psicoativas, alguns por mais tempo, outros por menos. Desta forma, suas estratégias expostas nas reuniões para passar bem o fim de semana longe das reuniões da Cruz Vermelha giravam em torno de temas como: ficar em casa vendo um filme; jantar com a família; ir ao parque; visitar algum familiar ou amigos; ir a reuniões de Narcóticos Anônimos. A preocupação não era mais com algum tipo de dificuldade em lidar com a escolha entre o uso e o não uso de psicoativos, com a possibilidade de ser confrontado com tal possibilidade.

A situação observada na reunião de “preparação para o fim de semana” que julgo ilustrativa foi acionada por uma mulher moradora de um albergue na cidade de Porto Alegre. Uma mulher aparentemente jovem, por volta de 30 anos, que participou da reunião carregando uma mochila, ao que parecia, contendo todos os seus pertences. Era possível de enxergar um par de calçados amarrado do lado de fora da sua mochila, por exemplo. Após ouvir vários participantes falando sobre suas estratégias para não usar psicoativos no fim de semana que se aproximava ela fez algumas críticas ao que estava sendo compartilhado, não necessariamente direcionada às pessoas que fizeram tais comentários, mas essencialmente aos temas das falas. Ela claramente sentiu a demarcação implícita entre duas posições específicas, uma de *igual* e uma de *outro*, a partir da comparação de sua situação com a do restante dos participantes daquela reunião.

Ficou bastante explícito para mim, um pesquisador/observador, que aquilo que os outros participantes da reunião compartilharam não fez muito sentido para ela. Essa mulher, no decorrer da sua fala/resposta para o grupo, disse que era muito difícil pensar em não usar nenhuma substância psicoativa sendo que dentro do albergue – sua residência esporádica (mas recorrente) intercalada com períodos de moradia nas ruas – muitas pessoas fazem uso de psicoativos. Ela também relatou que não podia se apegar a familiares ou a luxos como ir ao cinema e jantar em um restaurante, dada a sua condição econômica e social precária. Complementando, disse ainda que o uso de substâncias psicoativas a auxiliava a encarar essa dura realidade e que, se pudesse escolher, preferiria ter uma vida diferente, com melhores condições materiais, e não fazer uso de qualquer substância psicoativa. De certa forma, ela quis dizer àquele grupo formado por “consultores em dependência química” e “dependentes químicos aderentes ao

tratamento”, que era muito mais fácil para os outros se preparar para o fim de semana, já que não precisavam se preocupar em *sobreviver*.

O *feedback* que alguns participantes ofereceram a essa mulher girou em torno da ideia de que ela deveria “aceitar sua doença”, em primeiro lugar, pois não se mostrava convicta dos valores compartilhados naquela reunião, embora pudesse *aprender* algo de valor para melhor entender sua própria condição dali para frente se estivesse aberta, inclinada a escutar as experiências e conselhos dos outros. Em seguida, apresentaram outras sugestões para ela, dizendo-lhe que deveria dar um jeito de sair do albergue e procurar outro lugar para morar, assim como necessariamente procurar um trabalho e se afastar daquelas pessoas que não acrescentavam coisas positivas à sua vida. Por fim, as indicações do grupo, tanto dos pacientes/clientes quanto dos consultores, foram no sentido de que ela deveria procurar o serviço psiquiátrico da Cruz Vermelha. A maioria dos pacientes/clientes daquele grupo relatou a importância da medicação psiquiátrica no controle da ansiedade e da vontade de usar psicoativos, dentre outros benefícios.

Os conselhos que foram dados àquela mulher, carente de muitas coisas além do cuidado biomédico para uma patologia específica, giraram em torno da noção de uma mudança radical de vida que, neste caso, dependeria de auxílio material de diversas outras formas, não apenas de uma *abordagem de saúde*. O mais importante de ser notado aqui é que ela não teve abertura para se *expressar ontologicamente* a respeito de suas angústias com o fim de semana que se aproximava. Pelo contrário, ela foi intimada a *mudar sua ontologia* para então estar autorizada a compartilhar com os outros participantes – autorizada no sentido de estar compartilhando uma mesma coisa, pois ela apenas falou, não compartilhou. Ao invés dos participantes do grupo, e mesmo seus coordenadores (consultores), procurarem entender as particularidades e idiossincrasias da mulher para então sugerirem ações que pudessem ajudá-la, tentaram convencê-la de que, acima de tudo, havia muitas coisas erradas em sua vida. Ela mesma, ainda que lhe faltassem condições materiais para ter uma vida minimamente confortável, expressou a vontade de mudar aspectos de sua vida. Ao mesmo tempo, deixou clara sua discordância com a maneira pela qual os outros participantes do grupo de “preparação para o fim de semana” entendiam as motivações e atitudes dela.

Em suma, o que pude observar e penso ser importante de ressaltar neste momento, é que as reuniões de “preparação para o fim de semana” na Cruz Vermelha de

Porto Alegre, ao menos aquelas que pude acompanhar, se configuram como um espaço que *inclui iguais, mas não necessariamente comporta a diferença*. O caso apresentado aqui, desta mulher moradora de um albergue, deixou claro que houve uma separação durante os processos interativos da reunião, ainda que implícita, entre um *nós* e um *outro – outra*, neste caso. Trata-se claramente de um processo interativo de *prática de alteridade*. Entre pessoas que compartilham coisas em comum – uma mesma visão sobre a dependência química, a busca por um novo estilo de vida e melhores condições materiais de existência –, e outra pessoa que, para compartilhar, deveria assumir e se engajar com um conjunto de práticas e conceitos disseminados por uma instituição e reproduzidos por pacientes/clientes e “consultores em dependência química”.

Se a Cruz Vermelha de Porto Alegre é uma instituição que *acolhe* dependentes químicos acima de tudo, que não faz exigências para aqueles que a procuram com o objetivo de receber cuidado para o uso problemático de psicoativos, os mecanismos interacionais de determinados procedimentos terapêuticos, como a reunião de “preparação para o fim de semana”, podem em determinados momentos forjar suas próprias dinâmicas de inclusão e exclusão. Não se trata de dizer que *a instituição Cruz Vermelha de Porto Alegre* é por si só inclusiva ou exclusiva – fica claro para qualquer observador que é um espaço voltado majoritariamente para o *acolhimento* e para a *inclusão* –, mas de apontar para a possibilidade de esse tipo específico de grupo de reunião abordado nas linhas acima, dadas as particularidades dos conceitos e práticas colocados em ação durante a sua realização, assumir uma faceta mais inclusiva ou mais exclusiva a partir do conjunto de trocas comunicativas colocadas em prática nos momentos de interação. As práticas interativas, que obviamente dependem em grande medida das pessoas participantes das reuniões, podem desencadear uma *dinâmica de alteridade*.

5.3 Programa de Auxílio Comunitário ao Toxicômano (PACTO)

Conhecido como “Programa de Auxílio Comunitário ao Toxicômano”, ou simplesmente PACTO, esta instituição se apresenta como “entidade sem fins lucrativos e sem recursos próprios, que tem como objetivo a Prevenção, a Recuperação e a

Ressocialização de Dependentes Químicos, bem como apoiar os familiares dos internos através de reuniões semanais e obrigatórias, onde se desenvolvem os princípios do AMOR EXIGENTE”⁵². Sendo o Amor Exigente um grupo de ajuda mútua que

atua como apoio e orientação aos familiares de dependentes químicos e para pessoas com comportamentos inadequados (...) [além] de atuar como um movimento de proteção social [uma vez que] desestimula a experimentação, o uso ou abuso de tabaco, do álcool e de outras drogas, assim como luta contra tudo o que torna os jovens vulneráveis, expostos à violência, ao crime, aos acidentes de trânsito e à corrupção em todas as suas formas⁵³.

Deixo claro que não me aprofundarei sobre os princípios do Amor-Exigente ou mesmo sobre a relação do PACTO com esse grupo de ajuda mútua, uma vez que escapa ao escopo do presente trabalho. Foi no ano de 1989 que voluntários cristãos católicos na cidade de Porto Alegre, mais especificamente um grupo de ex-militares, identificaram a carência de recursos terapêuticos para pessoas com problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas e fundaram a “Pastoral de Auxílio Comunitário ao Toxicômano”. Posteriormente o termo “Pastoral” foi substituído por “Programa”, tal qual é identificada a entidade atualmente, com vistas a contornar visões discriminatórias relacionadas ao cunho religioso da instituição. Pode-se dizer que foi uma estratégia direcionada a passar a impressão de laicidade, o que não condiz com as suas práticas. A mudança foi apenas nominal, não ideológica ou prática, já que até hoje a instituição se mantém fiel aos princípios religiosos e espirituais como norte de seu programa terapêutico. Em conversa com um de seus fundadores, conhecido como Coronel Brasil, este me relatou que ainda se consideram e são reconhecidos enquanto uma pastoral da igreja católica, mas para conseguirem maior alcance em suas ações adotaram o termo “Programa” em peças publicitárias, como é possível de ser observado em propagandas veiculadas em canais televisivos regionais.

No ano seguinte à fundação do PACTO é inaugurada a comunidade terapêutica (CT) “Fazenda do Senhor Jesus”, no distrito de Lomba Verde, município de Viamão – município que toca a cidade de Porto Alegre em sua fronteira leste. A CT se localiza a

⁵² Informações retiradas do *site* de internet institucional. Disponível em: < <http://www.pactopoa.com.br/>>. Acessado em 01 jun. 2014.

⁵³ Informações retiradas do *site* oficial de Amor-Exigente. Disponível em: <<http://www.amorexigente.org.br/conteudo.asp?sayfaID=5>>. Acessado em 01 jun. 2014.

14 km do centro de Viamão e a 44 km do centro de Porto Alegre. Segundo relato do Coronel Brasil, primeiramente o espaço da fazenda pertenceu à unidade da Cruz Vermelha Brasileira de Porto Alegre (CVB-RS), que por algum tempo utilizou a sede da fazenda – em péssimo estado de conservação àquela época – para realizar atividades voltadas ao atendimento de usuários problemáticos de psicoativos. Tanto a dificuldade de acesso ao local quanto a falta de recursos da Cruz Vermelha impediram que aquele empreendimento tivesse vida longa. Deslocar pessoas diariamente a uma distância de quase 50 km do centro de Porto Alegre para desenvolver atividades terapêuticas não foi viável, lembrando que a CVB-RS é uma entidade filantrópica.

É neste contexto que o espaço hoje ocupado pela “Fazenda do Senhor Jesus” em Viamão foi cedido para o PACTO, a partir da falta de recursos e possibilidades de bom aproveitamento do local pela CVB-RS. Na época em que o PACTO assumiu o controle da fazenda a mesma se encontrava em condições desfavoráveis, com recursos materiais precários e sem boa parte das instalações – alojamentos, salas de oração e reuniões, prédio administrativo, cozinha industrial, currais para abrigo de animais, horta, etc. – que hoje estão distribuídas pela grande área verde ocupada pela fazenda. Hoje o PACTO conta também com uma Casa de Triagem na região central de Porto Alegre, inaugurada no ano de 1996. Neste mesmo ano foi estabelecido o convênio com a Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, que se mantém até os dias atuais.

O PACTO é uma entidade sem fins lucrativos – característica não necessariamente compartilhada com outras comunidades terapêuticas, religiosas ou não –, mas há um custo mensal para a permanência de cada um dos internos na instituição durante a duração do programa terapêutico. Custo de manutenção da estrutura da fazenda (água, luz), custo da compra de alimentos, de pagamento de funcionários, etc. Na época do trabalho de campo – primeiro semestre de 2012 –, com a fazenda totalmente ocupada (90 vagas) este custo girava em torno de R\$ 850,00 mensais para cada interno. Custo este bancado pelas famílias dos internos ou por convênios público-privados com governo estadual e municipal. Com a metade da ocupação da fazenda o custo mensal para cada interno praticamente dobra, segundo o relato de seus dirigentes. Além do convênio com o Estado do Rio Grande do Sul, a instituição mantém também um convênio com a Prefeitura de Porto Alegre, dispondo para uso do Sistema Único de

Saúde um total de trinta vagas. Destas, vinte são financiadas com verba do município de Porto Alegre e dez pelo convênio com o governo do Estado do RS.

O programa terapêutico da instituição é baseado em um tripé de conceitos: *trabalho, disciplina e oração*. O que pode ser facilmente observado se atentarmos para as atividades desenvolvidas tanto na Casa de Triagem quanto na “Fazenda do Senhor Jesus”. O fato de ter surgido a partir da iniciativa de um grupo de ex-militares e pessoas ligadas à igreja católica resume bem esses princípios – um tipo de ética militar-religiosa. O que a instituição busca através do seu programa terapêutico é proporcionar uma mudança subjetiva e de estilo de vida para as pessoas que são atendidas. A abstinência do uso de qualquer substância psicoativa é apenas o começo desse processo, que é sempre pensado prospectivamente. Pouco se fala sobre a dependência química *per se* e muito se fala sobre “a recuperação”, que é o processo de mudança pessoal, comportamental e de valores que deve ser colocado em curso a partir da entrada na instituição através das práticas de *trabalho, disciplina e oração*. A dependência química é um conceito apenas operativo, cuja aplicação é pautada pelo pragmatismo.

Durante o decorrer da pesquisa de campo estava sendo debatida uma mudança na duração do programa terapêutico, que poderia deixar de ter nove meses e passar a ter seis meses. Isto devido a problemas financeiros enfrentados pelo PACTO e também pelo fato de que os internos cujo custo da internação era pago pelos convênios com Estado ou município ficavam menos tempo que os demais. Os convênios pagavam apenas seis dos nove meses do programa terapêutico, e isto estava criando uma disparidade interna – aqueles que pagavam o tratamento por conta própria, com recursos particulares, ficavam por nove meses no programa terapêutico; os que tinham os custos pagos pelo estado ficavam apenas seis meses. Não pude acompanhar o desfecho deste impasse criado pelo financiamento público das vagas na comunidade terapêutica.

Até o período que eu pude acompanhar, o programa terapêutico consistia nas seguintes etapas: 1) residência por 15 a 20 dias na Casa de Triagem; 2) ida para a fazenda com permanência de 9 meses – a partir do terceiro mês o interno passa a ter o direito de, primeiro, receber visitas de familiares, e após o sexto mês passar alguns fins de semana com a família em sua residência; 3) acompanhamento por mais três meses fora da fazenda, através de reuniões grupais com outros ex-internos e dirigentes do PACTO. Decorrido esse período de pouco mais de 12 meses o indivíduo que ingressou na comunidade terapêutica recebe o diploma de “graduado”. Para atingir a “graduação”,

então, há a exigência de cumprimento de todo o programa, o que acarreta em uma diferenciação de status entre aqueles que o completam e aqueles que não o fazem, desligando-se ou sendo desligados antes do final do programa terapêutico. É importante, neste momento, deixar claro que o ingresso no programa terapêutico desta e de outras comunidades terapêuticas deve ser voluntário, a não ser em situações de determinação judicial. Segundo me relatou um dos “monitores” – ex-internos que passaram por cursos de aconselhamento em dependência química e prestam serviços diversos à comunidade terapêutica – do PACTO, uma vez “graduado” em qualquer CT o indivíduo não perde este status, por mais que possa vir a “recair” e usar substâncias psicoativas novamente. É uma condição que está prevista no regulamento das comunidades terapêuticas. Fato este que leva à constatação de que a “graduação” não necessariamente está relacionada com um bom ou desejado desdobramento posterior ao período da internação, e sim com o cumprimento de um conjunto de situações protocolares durante um determinado período de tempo – cumprimento que pode não necessariamente condiz com *engajamento subjetivo*.

Se o programa terapêutico é composto de nove meses de moradia na fazenda, estes nove meses são subdivididos em três períodos de três meses. Aqueles que estão no primeiro grupo – chamados internamente de “intoxicados” – não podem andar livremente pela fazenda, apenas acompanhados de monitores ou internos mais antigos. Como disse um dos monitores, “têm de pedir inclusive para tirar a camiseta ou para ir ao banheiro”. Trata-se da submissão total ao sistema e às regras, um processo que Goffman (2005) descreveu de maneira exemplar em seu trabalho sobre instituições totais. Com o passar do tempo os internos, se respeitadores das regras de disciplina impostas na fazenda, passam a ganhar pequenos privilégios como residir no melhor prédio de alojamentos, ganhar folgas das atividades laborais, visitar os familiares, entre outros benefícios.

A sede do PACTO, que também agrega a Casa de Triagem da instituição, fica localizada em um pequeno edifício de dois pisos próximo ao centro administrativo da cidade de Porto Alegre, um local de fácil acesso e central no contexto geográfico da cidade. Na parte inferior do prédio encontramos uma ampla sala de espera e alguns espaços administrativos e de atendimento, como salas de reunião, sala da assistência social e de avaliação psicológica. É no piso superior deste mesmo local que se encontra a Casa de Triagem, onde residem os futuros internos da fazenda por mais ou menos 15

dias, já participando de atividades de oração, de manutenção da casa (laborterapia), de estudo de passos (como os 12 Passos de Narcóticos Anônimos). A Casa de Triagem conta com quartos coletivos, cozinha, capela, sala de estar e sala de refeições. Constantemente há monitores residindo em regime de revezamento nesta casa, com o intuito de receber e acompanhar os novos candidatos ao programa terapêutico. Tanto nesta residência provisória quanto na fazenda as atividades de manutenção do espaço são realizadas pelos internos, seja cozinhando, limpando a casa ou lavando suas roupas, a partir das orientações dos monitores. Aqui se inicia o programa terapêutico, uma vez que os conceitos de *trabalho, disciplina e oração* já estão sendo praticados.

Para aqueles indivíduos interessados em fazer parte do programa de recuperação é pedido que, em primeiro lugar, venham acompanhados de um familiar ou responsável e passe por um processo de triagem, que consiste em entrevista com profissionais da psicologia e da assistência social que trabalham no PACTO. Essas entrevistas têm os seguintes objetivos: em primeiro lugar, a entrevista psicológica procura mapear o perfil psicológico do paciente, identificando eventuais impedimentos desta natureza para a residência em comunidade terapêutica – um ambiente rural e isolado – e também seu grau de motivação para aderir ao tratamento; em segundo lugar, a entrevista com a assistente social procura tomar conhecimento do contexto socioeconômico dos candidatos ao programa e de suas famílias, com o objetivo de fazer ajustes a respeito dos custos de manutenção do interno e identificar possíveis dificuldades financeiras que possam comprometer o custeio daquela pessoa no futuro.

Todos aqueles que passam pela triagem da instituição PACTO têm um prontuário aberto, independentemente de aderirem ao programa terapêutico. Não é incomum pessoas passarem pela triagem em um determinado momento e não ingressarem no programa, por inúmeros e diversos motivos. Não há obrigatoriedade de ingresso aos candidatos e, mesmo se admitidos, podem se desligar do programa a qualquer momento – se não for o caso de um ingresso via determinação judicial, como será demonstrado a partir do exemplo de uma das trajetórias de vida apresentadas no sétimo capítulo do presente trabalho. O que ocorre na triagem é uma tentativa de motivação do candidato, para que este se engaje de fato com a proposta terapêutica da comunidade terapêutica. Em um eventual contato futuro de um candidato que declinou de ingressar na CT aqueles dados, ainda que datados, já estarão de posse da instituição. Ao mesmo tempo, através do registro dos atendimentos mesmo daqueles que não

ingressam no programa, é possível que o PACTO mantenha um histórico de atendimentos e produza estatísticas a respeito do processo de triagem.

O ponto mais importante a ser ressaltado neste momento é que nem todos os indivíduos dependentes químicos ou com problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas possuem o perfil adequado ao programa de tratamento em CT. Segundo me relatou a assistente social do PACTO há candidatos com condições clínicas de saúde que dificultam e até impedem seu deslocamento para o contexto de isolamento da fazenda, pois estariam eles mesmos correndo riscos desnecessários ou colocando os outros internos em risco como, por exemplo, pacientes com transtorno mental grave, condições físicas desfavoráveis, problemas cardíacos, circulatórios, idosos, etc. Existem também situações em que o candidato a interno, apesar de comparecer para a entrevista de triagem acompanhado da família ou de responsável, não apresenta o menor grau de engajamento com a possibilidade da internação e, portanto, não há como obrigá-lo a aceitar tal processo e fazer o ingresso.

Além das entrevistas todos os candidatos precisam passar por uma bateria de exames antes de irem para a fazenda: atestado de sanidade mental; avaliação odontológica; vacina antitetânica; e um conjunto de exames laboratoriais, incluindo teste anti-HIV. Durante o período de residência na Casa de Triagem esses exames são conferidos pela equipe de saúde do PACTO e se surgir qualquer eventualidade que impeça o candidato de continuar o tratamento, ele será desligado do programa. Pelo que pude observar, no caso do PACTO é evidente o cuidado que a instituição possui para respeitar as normas legais reguladoras de seu campo de atuação, atualmente baseadas na Resolução RDC nº 29 – 30 de junho de 2011 da ANVISA⁵⁴.

Minha única visita à “Fazenda do Senhor Jesus” começou na sede do PACTO, no centro de Porto Alegre. Para ter acesso à fazenda primeiramente tive que falar com alguns diretores, pedindo permissão para fazer uma visita e conhecer aquele local. Em seguida pude combinar um dia para a visita com um “graduado” nesta mesma CT há nove anos, naquele momento prestando serviço como motorista da instituição. Quase que diariamente ele levava mantimentos e pessoas para o espaço isolado da CT. No dia

⁵⁴ Resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, ligada ao Ministério da Saúde, que versa sobre “os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas”. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html>. Acessado em 01 jun. 2014.

de minha primeira visita estavam também presentes uma psicóloga, uma nutricionista, Coronel Brasil, e uma senhora chamada Tia Adélia, que faz visitas à fazenda para conversar com os internos e fazer leituras bíblicas. Três residentes internos da fazenda que tinham vindo a Porto Alegre para realizar consultas médicas também estavam voltando para lá. O percurso desde a sede no centro de Porto Alegre, com as paradas para embarque da Tia Amélia e Cel. Brasil, durou por volta de uma hora até o portão de entrada da fazenda.

No momento em que o veículo está chegando à fazenda, antes de atravessar o portão principal, foi feita uma breve parada para a realização de preces. A mesma sequência de orações que precede outras atividades como as refeições foi repetida naquele momento: Pai Nosso, Ave-Maria, etc. Este fato é apenas uma demonstração da impregnação da ideologia religiosa católica em todas as atividades desenvolvidas por esta instituição de atenção aos usuários de psicoativos. E este fator pode criar barreiras de inserção para alguns participantes. Como se ensina alguém a ter fé, ou a comungar de maneira específica?

Não posso deixar de ressaltar uma sensação incômoda nestes momentos, dada minha formação cultural/religiosa dentro dos princípios da igreja protestante de tradição luterana. Não digo isto por me identificar atualmente com esta ou aquela denominação religiosa, e sim porque nunca fui introduzido ou pratiquei quaisquer dessas preces e, inclusive, mesmo o tradicional “Pai-Nosso”, foi-me ensinado de maneira diferente, de acordo com a tradição luterana. O incômodo que senti não se deu pelo fato de eu ser ou não religioso, de comungar ou não nesses e outros momentos, e sim pela minha própria ignorância cultural em relação a algumas práticas disseminadas mesmo entre católicos não praticantes, como as citadas orações. Em outras palavras, quero dizer que em todos os momentos que eu pude observar envolvendo “práticas de espiritualidade” os preceitos católicos emergiram com força.

O isolamento geográfico da CT “Fazenda do Senhor Jesus” não impede que os internos tenham contato com o mundo exterior. Pelo contrário, além da equipe de monitores que se reveza morando na fazenda com os internos, há visitas constantes tanto de membros da diretoria quanto da equipe multidisciplinar de profissionais – psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas –, sem contar com as visitas de familiares uma vez por mês e, eventualmente, algum pesquisador.

Na ocasião da minha visita à fazenda fui apresentado aos internos durante a realização de uma atividade chamada “espiritualidade”. Esta atividade compreende a reunião de todos os internos na capela da fazenda para a execução de cantos, preces e estudo bíblico. A simpática senhora chamada carinhosamente por todos de Tia Adélia, com seus 80 anos, vai todas as quintas-feiras para a fazenda participar dessa atividade e fazer estudos bíblicos com os internos. Ela me relatou ser voluntária com muito prazer do PACTO há 14 anos. Nesse encontro com os internos durante a prática de espiritualidade tive um breve contato com Armando, que posteriormente, em um período que ele passou na Casa de Triagem em Porto Alegre para exames médicos, cedeu um pouco de seu tempo para a realização de uma entrevista. Sua trajetória é apresentada no capítulo sete desta tese.

O espaço físico da fazenda do PACTO é bastante amplo, e as construções são rodeadas de muita área verde. Há espaço para horta, para criação de animais, um lago, um bosque, sendo que a maioria das atividades laborais são realizadas ao ar livre, com exceção daqueles que estão alocados na cozinha ou na limpeza, por exemplo. O acesso à fazenda se dá por uma estrada de terra, sendo que são mais ou menos 15 quilômetros de distância da área urbana mais próxima, na cidade de Viamão. Nas redondezas desta fazenda outras comunidades terapêuticas menores estão instaladas. Interessante de notar que recentemente todos os internos começaram a plantar mudas de árvore na Fazenda do Senhor Jesus, com a data de sua entrada ou saída da instituição. Assim, uma parte da área verde da fazenda, principalmente as árvores plantadas junto da estrada que dá acesso à entrada principal deste local, representam simbolicamente o número de pessoas que por lá passaram. O motorista do PACTO que me guiou durante a visita à fazenda passou pelo programa terapêutico da instituição no ano de 2002, e me disse que no seu tempo não existia essa prática.

Esse tipo de instituição terapêutica, que demanda explicitamente o cumprimento de normas e regras, foi objeto de outros trabalhos etnográficos. O objetivo da presente pesquisa não é esgotar descritivamente a comunidade terapêutica PACTO em específico, mas usá-la como exemplo de um modelo terapêutico para a dependência química disseminado no Brasil atual, inclusive recebendo financiamento público e previsto nas políticas públicas de atenção aos usuários de substâncias psicoativas. Meu contato com o PACTO permitiu visualizar que eles possuem horários para todas as atividades, regras de conduta para todas as situações, inclusive com a previsão de

punições – como a proibição de assistir televisão nos momentos de lazer, o direcionamento a turnos de trabalho em dias de descanso, podendo resultar, nos casos mais graves ou de reincidência, na exclusão do programa.

Com o intuito de situar este modelo terapêutico específico, utilizo-me de Damas (2013), que aponta para as seguintes características a respeito das comunidades terapêuticas brasileiras⁵⁵:

são geralmente sítios ou fazendas localizadas em zona rural, com a finalidade de receber indivíduos com problemas relacionados ao uso de drogas. Diferem em relação à metodologia empregada no tratamento da dependência química – em algumas prevalece o modelo religioso-espiritual, noutras a base é a atividade laboral, e ainda outras prevalece o modelo médico, assistencialista, ou com abordagem predominantemente psicológica, podendo haver uma mistura de abordagens (...) o processo terapêutico é pautado no rigor do cumprimento das normas internas e nas relações interpessoais ali dentro desenvolvidas – o “paciente” tem papel mais ativo, e seus “terapeutas” são representados por outros indivíduos internos, com maior conhecimento da patologia. O modelo institucional das CT tem muito de sua base terapêutica firmada nos contatos afetivos que oferece e na oportunidade de resignificar códigos de relacionamentos e objetivos de vida, podendo, através da influência de grupo, modificar aspectos de caráter e personalidade do indivíduo (Damas, 2013, p. 53-54).

Para discussões antropológicas e estudos etnográficos sobre comunidades terapêuticas de base religiosa, os trabalhos de Sabino e Cazevane (2005), Rui (2010) e Schneider (2011), são ótimos exemplos. A última autora diz que as comunidades terapêuticas são “sistemas estruturados com regras, limites claros e afetos controlados, através de responsabilidades, normas e horários” (Schneider, 2011, p.313). E este é exatamente o contexto da Fazenda do Senhor Jesus, mantida pelo PACTO. Um sistema de isolamento, altamente controlado, no qual os internos devem respeitar as regras, os horários e as hierarquias. Um diferencial deste modelo de CT para outras instituições totais, como os hospitais psiquiátricos (Goffman, 2005), é que naqueles os internos podem – ou deveriam poder, ao menos oficialmente – abandonar o tratamento, ou se recusar a ingressar, antes de tudo. É um sistema de ingresso voluntário. É claro também

⁵⁵ Para outras referências a respeito deste modelo terapêutico, consultar Cancrini *et al.* (1994), Leon (2003), Raupp e Miltiniski-Sapiro (2008), Machado (2011).

que as equipes terapêuticas e os familiares de internos tendem a convencê-los a permanecer internados quando estes dão indícios de querer abandonar o programa terapêutico. Terapeuticamente se utilizam de elementos espirituais-religiosos, dos 12 Passos de Narcóticos Anônimos, e de laborterapia. Posteriormente, ao abordar as trajetórias de vida dos pacientes/clientes entrevistados para a presente pesquisa, ficarão evidentes outros elementos terapêuticos da instituição a partir das vivências dos meus interlocutores.

Durante a realização do trabalho de campo me foi permitido acessar outro ambiente institucional do PACTO, as reuniões de familiares realizadas semanalmente no mesmo dia e no mesmo salão cedido por uma igreja onde ocorrem também as reuniões de “graduados”. As reuniões de familiares são obrigatórias para os parentes de internos que desejam visita-los durante o período de moradia na fazenda e seguem os princípios do “Amor Exigente” – citados no começo do presente item. Basicamente o que se procura com a inserção da família no tratamento da dependência química é trabalhar a noção de “codependência” e envolver os familiares no processo de recuperação dos dependentes químicos⁵⁶. Nas palavras do Coronel Brasil, utilizando uma metáfora para falar ao grupo de familiares, “não adianta a gente dar banho no porquinho e depois devolvê-lo ao chiqueiro sujo”. Ou seja, trata-se também de uma forma de responsabilizar e incidir sobre o ambiente familiar, muitas vezes identificado por muitos terapeutas de áreas diversas como facilitador para o desenvolvimento da dependência química.

Todas as reuniões para familiares começam com uma fala do Coronel Brasil, que nas terças-feiras passa o dia todo, junto com outros membros da diretoria e funcionários do PACTO, na fazenda. Normalmente ele começa trazendo notícias sobre os internos, dizendo se estão todos bem e se ocorreu algum incidente dentro da última semana na CT. Isso porque nesta reunião a grande maioria dos presentes tem algum familiar na Fazenda do Senhor Jesus, a CT do PACTO. Há inclusive uma lista de presença que os familiares devem responder antes de entrar no salão da igreja, identificando a qual dos internos eles estão relacionados. Neste posto de identificação que antecede a entrada na sala de reunião observa-se também a venda de livros do

⁵⁶ Retomando a ideia de *codependência* apresentada anteriormente nesta tese: quando a relação dos familiares com o indivíduo dependente químico se torna patológica por si própria e se estabelece uma dependência emocional dos primeiros em relação aos segundos. Os familiares se tornam dependentes da relação de dependência do outro (o dependente químico) em relação a si mesmo (familiar).

Amor-Exigente e o recebimento de doações de alimentos para a CT. As famílias participantes dessa reunião têm direito a visitar seu familiar interno na fazenda nos primeiros domingos de cada mês, após o terceiro mês de internação, se o interno tiver bom comportamento. Quando ocorrem essas visitas, normalmente na reunião de familiares subsequente, o Coronel Brasil faz comentários sobre situações ocorridas durante a visita, relatando fatos positivos e negativos que possam ter acontecido.

Em algumas dessas reuniões de familiares que eu acompanhei se insistiu no assunto “cigarro” com os familiares. Esta substância há algum tempo é proibida nos limites do PACTO, tanto para os internos quanto para os monitores, diretoria e familiares de internos. Constantemente é ressaltada a incoerência de familiares “pedindo para que o interno nunca mais use qualquer droga e os mesmos familiares não conseguem passar algumas horas sem o cigarro, ao menos durante o período de visita na fazenda”. Pude acompanhar também pedidos inconformados da diretoria do PACTO aos familiares para que não levassem cigarros escondidos para entregar aos internos durante as visitas, pois a reincidência nesta falta implicaria no desligamento automático do interno e da família do programa terapêutico. Nas reuniões de familiares realizadas na igreja o mesmo pedido é constantemente feito, já que alguns internos, graduados e familiares costumam ir até a rua, fora dos limites do terreno da igreja, para fumar seus cigarros antes das reuniões. Em outras palavras, todas as atividades do PACTO tem a pretensão de serem ambientes livres de qualquer substância psicoativa, inclusive dos cigarros de tabaco.

Tanto a reunião dos familiares quanto a reunião de “graduados” ocorre todas as terças-feiras em espaço alugado junto a uma igreja no bairro Cidade Baixa, em Porto Alegre. Como foi comentado anteriormente, “graduados” são aqueles que passaram pelo período de nove meses da fazenda, mais três meses de acompanhamento posterior através das reuniões citadas e, dentro das noções difundidas pela instituição, se mantém “em recuperação”, já que trabalham com a ideia de que a dependência química não possui uma cura definitiva. A “sobriedade” que todos buscam, nas palavras do Coronel Brasil, não advém exclusivamente da abstinência total do uso de qualquer substância psicoativa, mas de um conjunto de práticas e valores colocados em ação pelos indivíduos dependentes químicos. Este dirigente do PACTO diz, inclusive, que conhece tanto abstêmios que estão longe de serem sóbrios, quanto pessoas que usam alguma(s)

substância(s) psicoativa(s) e são mais sóbrios que alguns abstêmios, embora atribua explicitamente um valor maior para a *sobriedade abstêmia*.

As reuniões de graduados tem o intuito de agregar os egressos da fazenda em atividades que digam respeito à manutenção de sua recuperação fora do ambiente controlado da CT. Em suma, trata-se de uma maneira de proporcionar aos (então) dependentes químicos um envolvimento contínuo com práticas terapêuticas para a dependência química mesmo após passar os nove meses internados na fazenda. Basicamente o desenrolar das reuniões apresenta falas do Sr. Sadi, funcionário do PACTO e coordenador dessas reuniões, alternadas com depoimentos de graduados e louvores aprendidos durante o período de internação na fazenda. O modelo dos depoimentos lembra em muitos momentos a dinâmica dos grupos de Narcóticos Anônimos, já que os participantes narram, na maioria das vezes, histórias de um “antes” e um “depois” da passagem pela instituição PACTO. A diferença crucial entre essas duas dinâmicas de reunião, como um dos monitores da instituição que também participa de reuniões de Narcóticos Anônimos me apontou, é que nas reuniões de “graduados” do PACTO há espaço para críticas pessoais, para que se aponte no outro aquilo que se vê de errado. Já nos grupos de NA se procura sempre dar o exemplo através da narração de experiências próprias, pessoais, mais do que apontar para os defeitos e erros dos outros.

De certa forma o que impulsiona as reuniões de “graduados” é aquilo que à sua própria maneira os grupos de ajuda mútua como NA tentam proporcionar: a interação continuada entre pessoas que compartilham de uma mesma condição, neste caso o fato de serem todos dependentes químicos em recuperação. Não há qualquer tipo de obrigatoriedade aos graduados em participar de nenhum tipo de reunião – de NA ou de graduados –, mas me parece que este tipo de *sociabilidade entre iguais* é fator protetor frente às recaídas que muitas vezes são desencadeadas por contato com pessoas ou locais relacionados ao período de consumo de psicoativos. Como em Narcóticos Anônimos, o processo de recuperação nunca está finalizado e a participação constante em atividades com outras pessoas que procuram se manter longe de qualquer substância psicoativa é um fator de proteção.

Estes breves comentários sobre a comunidade terapêutica PACTO, assim como a consulta a outros trabalhos sobre este modelo de cuidado, devem deixar claro para o leitor que se trata de um espaço que incide terapêuticamente através da prática do conceito de *diferença*, ou *alteridade*. O indivíduo que passa por este tipo de instituição e

obtem resultados positivos – analisados esses resultados a partir das expectativas compartilhadas por seus familiares, pelos dirigentes da comunidade terapêutica e por seus companheiros de tratamento –, normalmente passa por uma mudança radical de valores e comportamentos. Para tanto, antes da mudança, ele é tornado outro através de práticas avaliativas e diagnósticas, tornado um *dependente químico*, alguém que não possui controle sobre sua própria vida, sobre seus comportamentos e atitudes. Todas as práticas de controle que remetem ao indivíduo enquanto este se encontra sob os auspícios da comunidade terapêutica têm o objetivo de proporcionar a experiência de ruptura com um passado indesejável, projetando uma nova identidade de pessoa responsável, respeitadora de regras, que comungue espiritualmente, e que não use qualquer substância psicoativa. As hierarquias são claras, a sujeição do interno às regras e pessoas também. O que não é claro, ao menos não de uma maneira que possa ser generalizada a todos os dependentes químicos, são os desdobramentos desse tipo de tratamento em suas vidas. Nem todos os internos, graduados, ex-internos ou outros tipos de categorias de pessoas que passam por comunidades terapêuticas, produzem desdobramentos positivos com as terapêuticas desta natureza. Explorar os diferentes desdobramentos de contatos terapêuticos em histórias de vida específicas será o exercício do capítulo sete deste trabalho.

5.4 Ambulatório do Hospital Psiquiátrico São Pedro

O Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) foi fundado em 29 de junho de 1884, então sob a alcunha de “Hospício São Pedro”. Trata-se de uma instituição que está historicamente associada ao cuidado com a doença mental, tanto em nível estadual quanto nacional. Se durante quase um século foi um tipo de instituição atuante dentro do modelo de internação manicomial, com o movimento de desinstitucionalização e a reforma psiquiátrica no Brasil, a partir da década de 1980, a instituição foi perdendo o caráter de manicômio para respeitar as diretrizes mais recentes de atendimento psiquiátrico.

De acordo com Araújo *et al.* (2003), na década de 1940 foi criada a primeira ala específica para o tratamento de dependentes químicos separadamente de pacientes

com outras psicopatologias, com a unidade de internação denominada de “Pavilhão dos Alcoolistas”. Posteriormente foi aberta a “Unidade de Desintoxicação Jurandy Barcellos”, que segundo os mesmos autores foi fechada no ano de 2002, respeitando a Lei da Reforma Psiquiátrica do Deputado Paulo Delgado, que previa o fechamento progressivo dos leitos de internação em hospitais psiquiátricos com a substituição dos mesmos por leitos em hospitais gerais.

Informações obtidas com profissionais do Hospital Psiquiátrico São Pedro durante a realização do meu trabalho de campo indicam que o fechamento da Unidade de Desintoxicação Jurandy Barcellos durou dois anos, sendo que neste período, através de um convênio com a Secretaria Estadual de Saúde e a Prefeitura Municipal de Porto Alegre, os candidatos à internação nesta ala do HPSP eram transferidos para o Hospital Vila Nova, na mesma cidade. O artigo citado acima (Araújo *et al.*, 2003) demonstra que durante o período de fechamento as pessoas que poderiam se beneficiar da internação na Unidade de Desintoxicação ou ficaram sem leito, ou foram alocados nas alas de internação para psicóticos do HPSP, fugindo da especificidade demandada para a abordagem da dependência química.

De qualquer forma, o HPSP é um espaço que dentro da cidade de Porto Alegre está associado historicamente à *loucura* e aos *loucos*. Apesar de não funcionar mais no formato manicomial, ainda se preserva na memória da população essa associação. Não raro, em situações em que eu explicava minha proposta de pesquisa para pessoas em outras instâncias terapêuticas, quando dizia que também fazia trabalho de campo no Hospital Psiquiátrico São Pedro ouvia: “ah, o hospital dos loucos”, “o hospício”, dentre outras respostas com a mesma conotação. Um dos entrevistados no decorrer do trabalho de campo desta tese, que passou por um processo de desintoxicação no começo da década de 1990 na ala de dependência química do HPSP, lembrou-se de algumas cenas presenciadas durante sua internação, como pessoas sem roupa andando pela grande área aberta que faz parte do complexo institucional, ou então enroladas e cobertas com jornal. Ou seja, lembranças que são associadas a imagens acionadas para a representação do doente mental como *outro*, como *alteridade*, como *louco*.

É dentro deste contexto de hospital psiquiátrico que estão instaladas tanto a Unidade de Dependência Química, que conta com a internação para desintoxicação de dependentes químicos, quanto o ambulatório Melanie Klein, que presta atendimento ambulatorial a pessoas com transtorno ou em sofrimento psíquico, incluindo

dependentes químicos. Quando procurei o HPSP para negociar a realização de pesquisa de campo etnográfica fui instruído a primeiramente submeter o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS e, posteriormente, ao comitê de ética do próprio hospital. Nesse processo de negociação uma das sugestões dos responsáveis pelas alas de Dependência Química foi que seria melhor se a minha coleta de dados fosse realizada no ambulatório, pois na Unidade de Dependência Química já estavam em curso mais de uma pesquisa científica das áreas biomédicas. A possibilidade de sobrecarregar os pacientes com uma rotina inquisitória de várias pesquisas ao mesmo tempo foi o motivo da sugestão. No fim, penso ter sido mais interessante poder acessar o ambiente ambulatorial do que um ambiente de internação hospitalar no qual os pacientes estão, em grande parte, sedados e se recuperando de traumas recentes de diversas naturezas.

As atividades realizadas no ambulatório Melanie Klein, que eu pude acessar para fazer o trabalho de observação participante, se resumem a atendimentos individuais com psicólogos e psiquiatras, atividades grupais relacionadas a transtornos específicos, como o de Dependência Química, o de Transtorno de Personalidade Borderline e o de Transtorno de Humor. Além disso, há uma farmácia para a distribuição de medicamentos psicotrópicos para os pacientes que necessitam de tais ferramentas terapêuticas, a partir de receitas médicas emitidas no próprio HPSP.

É importante de ressaltar que este ambulatório não funciona de “portas abertas”. Pelo contrário, apenas pessoas que chegam encaminhadas especificamente para o serviço podem frequentar as dependências do ambulatório. Faz-se necessário o referenciamento por outro serviço de saúde, do próprio HPSP ou de outras unidades de atendimento da cidade de Porto Alegre ou de outros municípios do Rio Grande do Sul também referenciados ao Hospital Psiquiátrico São Pedro. Familiares de pacientes podem acompanhá-los durante os atendimentos, mas apenas até a sala de espera do ambulatório Melanie Klein. Quero com isto dizer que não se trata de um espaço aberto nem de grande movimentação ou aglomeração de pessoas. Como os encaminhamentos para o HPSP apenas podem ser provenientes de um recorte específico de regiões da cidade de Porto Alegre e do interior do Estado, no ambulatório tudo é feito na base de agendamentos. Não é possível para ninguém chegar ao ambulatório pedindo pra marcar consultas ou buscando informações, apenas pessoas encaminhadas pelas instâncias competentes podem adentrar o recinto, cuja entrada é fiscalizada por um tipo de segurança/vigilante. Neste sentido, é um ambulatório que funciona de maneira diferente

do ambulatório da Cruz Vermelha de Porto Alegre, já que o ambulatório da segunda instituição funciona “de portas abertas”, é acessível a qualquer pessoa em qualquer momento em que estiver no horário de atendimento, sem a necessidade de chegar encaminhado ou referenciado por outro serviço de saúde.

Voltando a tratar do HPSP, o acesso dos pacientes ao prédio do ambulatório não passa pela entrada principal do hospital, que conta com guarita para controlar a entrada de carros e de pedestres. O prédio do ambulatório conta com uma porta direcionada para a calçada da Av. Bento Gonçalves, próxima ao acesso principal do HPSP. É importante ressaltar que a entrada do ambulatório é exclusiva para pacientes. Fui informado disto em uma das minhas primeiras visitas ao Hospital Psiquiátrico São Pedro, de que eu – enquanto pesquisador – deveria entrar no prédio pela entrada dos fundos, cujo acesso só é possível após a passagem pelo portão principal da instituição, que exige a identificação de todos que entram. Mesmo procedimento imposto à equipe de atendimento e demais funcionários da instituição, assim como aos familiares de pacientes internados que estão fazendo visita.

Passando pela porta principal e exclusiva do ambulatório – que só pacientes podem usar – chega-se em um pequeno saguão de recepção, com dois guichês, aos quais todos os pacientes devem apresentar seu encaminhamento, demonstrando qual serviço de saúde os referenciou até o HPSP. Apenas após a conferência do tipo de encaminhamento o paciente pode passar para a sala de espera, entrando em um corredor à esquerda. Ao lado dos guichês há um quadro com informações úteis, como o horário de funcionamento do ambulatório e outras recomendações importantes para os pacientes – como a questão das faltas sucessivas ao atendimento que acarretam na perda do direito de frequentar o ambulatório. No primeiro cômodo da recepção fica também o acesso à farmácia onde os pacientes retiram os medicamentos fornecidos via Sistema Único de Saúde. É interessante de notar uma lista, bem visível, de todos os medicamentos que estão em falta em determinado momento. Durante o período do meu trabalho de campo pude observar recorrentemente uma lista grande, identificando vários tipos de medicamentos psiquiátricos em falta.

Em se tratando de um espaço ambulatorial hospitalar, é importante a demarcação de limites entre *pacientes* e *terapeutas*, ainda que no caso aqui analisado a equipe do ambulatório não utilize nenhum traje especial ou mesmo crachá de identificação. Talvez o que funcione como um símbolo desta distinção seja a diferença

de idade entre os pacientes e a equipe de atendimento, ao menos no “Grupo de Prevenção de Recaída” que eu pude acompanhar durante dois meses – este grupo se reúne no ambulatório do Hospital Psiquiátrico São Pedro uma vez por semana. Mas, ao contrário do que poderia indicar esta ideia, a hierarquia etária aqui atua de maneira invertida. Os coordenadores do grupo, ao menos no período em que fiz o trabalho de observação participante, eram residentes e estagiários em psiquiatria e psicologia, todos na faixa entre 20 e 30 anos de idade. Neste período os médicos responsáveis por acompanhar o estágio dos residentes não participaram de nenhuma reunião do grupo de prevenção de recaída, fato que foi inclusive mencionado em tom de lamento por um dos pacientes com quem conversei. De qualquer forma, o exercício do papel de terapeuta, mesmo enquanto estagiário, cria uma situação hierárquica de respeito e submissão apesar da clara diferença de idade entre os pacientes e a equipe, observável inclusive pela forma de tratamento pessoal dos pacientes para com os terapeutas.

Tal afirmação se baseia na seguinte observação: um homem, próximo dos 50 anos, chamando os residentes/estagiários do grupo de prevenção de recaída por “senhor” ou “senhora”, apesar de ter idade para ser pai de alguns deles. O tratamento da equipe por “doutor” ou “doutora” também era lugar-comum, apesar da incompletude da formação acadêmica dos estagiários. A observância desses limites bastante claros entre quem está de um lado – hierarquicamente empoderado como terapeuta – ou de outro – hierarquicamente submisso enquanto paciente – do processo terapêutico não se limita à equipe de atendimento. Eu mesmo fui tratado por “doutor” pela segurança do ambulatório e de “senhor” por um ou outro dos pacientes do grupo, mesmo tendo explicado que não vinha das áreas biomédicas e estava fazendo uma pesquisa de campo na área das Ciências Humanas. O simples fato de eu não me identificar como um paciente me posicionou automaticamente no outro polo da relação hierárquica equipe terapêutica/pacientes.

Já era claro de antemão para mim que neste ambiente terapêutico ambulatorial hospitalar eu encontraria em ação os conceitos, os diagnósticos e as práticas terapêuticas das ciências biomédicas, principalmente da psiquiatria e da psicologia, pela própria caracterização da instituição. Esta suposição veio a se confirmar nas minhas primeiras participações no grupo de prevenção de recaída, quando me deparei com o diálogo entre a equipe terapêutica e os pacientes sobre a *incurabilidade* e a *cronicidade* da

dependência química, quando a equipe ressaltava recorrentemente que a abstinência é o melhor caminho para se controlar a patologia.

Resumidamente o grupo se caracteriza, nas palavras da própria equipe, como um grupo de prevenção de recaída⁵⁷. Nas reuniões grupais os participantes relatam fatos ocorridos na última semana indicando se passaram por algum tipo de dificuldade e, principalmente, se vivenciaram situações de exposição à sua substância psicoativa de preferência ou mesmo outras substâncias. Além das intervenções da equipe terapêutica, formada por residentes de psiquiatria e estagiários de psicologia, os participantes do grupo na posição de pacientes são incitados a trocar ideias entre eles, narrando suas experiências particulares sobre situações que podem estar ocorrendo com os outros companheiros do grupo.

Quando comecei a participar das reuniões semanais o grupo contava com cinco participantes do sexo masculino e um do sexo feminino, todos com idade por volta dos 50 anos e usuários de álcool. Quando eu já acompanhava o grupo há um mês a única participante mulher parou de frequentar tanto o grupo de prevenção de recaída quanto os atendimentos individuais no ambulatório. Posteriormente ela retornou ao grupo, mas não sem antes passar por todo o processo de encaminhamento ao hospital novamente. Há uma diretriz burocrática – exposta em um cartaz na recepção do ambulatório – impedindo pessoas que faltem à terapia individual ou grupal três vezes seguidas de seguir o tratamento no ambulatório do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Se isto ocorre, a pessoa que faltou mais de três vezes seguidas deve passar novamente por todo o processo burocrático de triagem e encaminhamento a partir de outra unidade de atenção em saúde. É bem claro que se trata de uma medida impositiva para que os pacientes mantenham certa regularidade na sua trajetória terapêutica. Ao mesmo tempo, pode ser um impedimento para alguém que se afastou por um motivo qualquer retomar o contato

⁵⁷ Repetindo o que foi apresentado no quarto capítulo da presente tese sobre este tipo de técnica terapêutica grupal: *recaída* diz respeito ao retorno do uso pesado de substâncias psicoativas após um período de uso moderado ou de abstinência. Estabelece-se ainda uma diferenciação entre *recaída* e *lapso*, sendo que o segundo termo se refere ao uso eventual de substância psicoativa em uma situação específica, sem o retorno aos antigos (compulsivos) padrões de consumo. As situações de *lapso* não são consideradas uma surpresa, mesmo em pacientes comprometidos com a abstinência, e sim uma etapa que pode fazer parte do processo terapêutico, assim como a própria *recaída*. Não se estabelece uma visão dual e oposta, em que se está ou em recaída ou em abstinência. Assim, uma das técnicas de prevenção de recaída é exatamente a gestão do lapso, ou seja, criar estratégias para superá-lo, passar por ele sem que se transforme em uma recaída – como procurar o terapeuta assim que possível após o lapso, possuir uma programação (previsão) frente à situação de lapso para que o uso de psicoativos não extrapole uma quantidade X ou Y.

com a instituição, dada a distância burocrática que impede o livre acesso ao ambulatório Melanie Klein do HPSP.

Para finalizar este item e o presente capítulo, relato dois episódios observados durante a realização do trabalho de campo no ambulatório do HPSP que demonstram o caráter do grupo de prevenção de recaída como voltado para a abstinência e também com *produtor de alteridades* a partir de práticas interativas inerentes ao ambiente grupal. Retomando uma diferença básica, diferencia-se o “lapso” – quebra eventual de abstinência – da “recaída” – volta aos antigos padrões de uso de psicoativos.

Por dois encontros seguidos um dos participantes relata ter consumido na semana anterior uma pequena quantidade de cerveja, três latas, e parado. Ele deixou claro que não foram episódios de consumo descontrolado de álcool, pelo contrário, demonstrou que conseguiu ter controle sobre as ocasiões de consumo. Os estagiários-terapeutas indicaram a ele que tomasse cuidado, pois estes “lapsos” poderiam se transformar em uma “recaída”, uma vez que a dependência química é uma doença crônica. Deixaram bem claro que “o ideal é manter a abstinência”, para não “correr perigos”. Ou seja, incitou-se o paciente a corrigir seus comportamentos a partir de uma perspectiva *ideal*. Não se trabalhou terapeuticamente para que ele pudesse, talvez, produzir desdobramentos positivos a partir de seus comportamentos concretos, independentemente de quais fossem esses comportamentos. Em outras palavras, trata-se de um exemplo da dificuldade em se permitir a *expressão ontológica* dos pacientes nesse tipo de ambiente terapêutico que valoriza a abstinência. O paciente, neste caso, não foi impedido de falar sobre seu comportamento ou mesmo de continuar voltando às reuniões do grupo de prevenção de recaída, mas foi classificado como *outro*, como alguém que estava agindo de maneira não adequada, deixando de cumprir os acordos e diretrizes terapêuticas.

Outra situação ilustrativa diz respeito a um rapaz, com idade aproximada entre trinta e trinta e cinco anos – mais novo que o restante dos participantes –, que frequentou o grupo de prevenção de recaída por duas reuniões seguidas no período do meu trabalho de campo. Diferentemente dos outros participantes do grupo, ele chegou ao ambulatório porque fazia uso de “pitico”, uma mistura de crack com maconha que é fumada. Este rapaz relatou que se sentia bem fazendo uso do “pitico”, inclusive se sentindo mais calmo nas ocasiões em que fumava a mistura das duas substâncias psicoativas. Com o intuito de ilustrar tal afirmação ele narrou um episódio de desavença

com um vizinho seu e disse que se não tivesse fumado o “pitico” antes da discussão teria partido para a briga física.

Em seguida à narração desses episódios o constrangimento de todo o grupo, pacientes e terapeutas, foi evidente, observável. Por perceber o constrangimento do restante das pessoas, o próprio rapaz que narrara os eventos de uso de “pitico” sentiu-se também visivelmente desconfortável. E esse desconforto grupal disseminado, penso, é bastante ilustrativo da normatividade implícita aos processos interativos de ambientes terapêuticos para dependência química voltados para a abstinência. O grupo de prevenção de recaída do ambulatório do Hospital Psiquiátrico São Pedro é um ambiente no qual não se fala, ou preferencialmente não se deve falar, sobre práticas de uso de psicoativos. Os temas que devem ser tratados, idealmente, dizem respeito a táticas e estratégias para a *evitação* do uso de substâncias psicoativas e para o *enfrentamento* de situações de contato com as substâncias psicoativas ou com pessoas que as usam. Em suma, *estratégias para o não uso de substâncias psicoativas*. O rapaz que narrou os episódios de uso de “pitico” abandonou o grupo de prevenção de recaída após sua segunda participação. Ficou bastante claro que ele se percebeu como “um peixe fora d’água”, percebeu que suas práticas não condiziam com a do restante dos pacientes do grupo – pessoas de meia idade, usuários de álcool, estabilizados, medicados e abstêmios. O grupo de prevenção de recaída do Hospital Psiquiátrico São Pedro é mais um exemplo, na minha interpretação, de um ambiente que *acolhe iguais* mas não *comporta a diferença*. O projeto terapêutico tem o objetivo explícito de transformar os *diferentes* em *iguais*, não de explorar os possíveis potenciais positivos das diferenças.

Para melhor explorar os aspectos que separam a simples participação de alguém em um modelo terapêutico específico para dependência química do foco nos desdobramentos práticos desses eventos interventivos, trabalharei na parte final da presente tese com as trajetórias de vida de alguns pacientes abordados e entrevistados durante o trabalho de campo etnográfico. Antes disso, no próximo capítulo, apresento uma justificativa teórico-política para a prática de tal abordagem metodológica que valoriza especialmente as experiências pessoais de pacientes/clientes de tratamentos para dependência química.

6 - QUAL ANTROPOLOGIA? – SOBRE A ESCOLHA DO DIÁLOGO COM ACTOR-NETWORK-THEORY E O FOCO NA NOÇÃO DE CUIDADO E NAS TRAJETÓRIAS SOCIAIS

Exatamente na busca por mapear uma parcela da diversidade de situações que *concretamente colocam em ação a dependência química* que a presente pesquisa se direcionou. Esta pesquisa pretende contribuir com o debate sobre a questão da atenção ao usuário de álcool e outras drogas a partir da abordagem antropológica ao focar, na parte final do texto – próximo capítulo –, nas trajetórias de vida e, dentro destas, no conjunto de relações que os indivíduos desenvolveram com as substâncias psicoativas em si e o seu entorno social a ponto de se tornarem relações consideradas problemáticas. Foca-se também nas associações com *procedimentos terapêuticos* ou *modelos terapêuticos*. Buscou-se apreender etnograficamente as implicações desses procedimentos ou intervenções terapêuticas nas vidas das pessoas que são tocadas por essas tecnologias de *cuidado*. A contribuição, ainda que não de forma direta, também se dá no sentido de produzir dados reflexivos sobre as políticas públicas de atenção aos usuários de psicoativos no Brasil. Com isto não quero dizer que serão feitos apontamentos neste ou naquele sentido, mas que os próprios dados apresentados devem por si só provocar uma reflexão sobre este cenário, trazendo à tona a possibilidade de repensarmos conjuntamente – pesquisadores, sociedade, governo, indivíduos em tratamento – em como otimizar esse grande sistema social. Juntamente com Porter (2006), penso que a antropologia e suas ferramentas metodológicas podem ser bastante úteis neste terreno. Nas suas próprias palavras, ao citar a preferência dos fazedores de políticas públicas pelos “dados” quantitativos comparados às “anedotas” da informação qualitativa:

(...) Eu acredito que a informação qualitativa, seja ela vista como uma ‘anedota’ ou não, é essencial para a criação de políticas de saúde. A criação de políticas públicas de saúde precisa ser *mais do que* racional no sentido de que requer que todas as perspectivas sejam incluídas. Se isto é aceito então existe uma necessidade de mudança desde um modelo de elaboração de políticas racional para uma abordagem mais pragmática, intuitiva na elaboração de políticas, que possa resultar em um maior reconhecimento da importância dos atores

individuais ou partes interessadas e suas ‘vontades políticas’ na formulação das políticas públicas e tomadas de decisão (...) A antropologia tem um papel essencial a desempenhar neste processo. Também, a antropologia pode ajudar a incluir e desenvolver o *link* entre o indivíduo e a população na criação de políticas. Na tomada de decisões das políticas de saúde pública, a dicotomia criada entre o indivíduo e a população frequentemente se torna polarizada no apoio à população em detrimento do indivíduo, mais do que no apoio ao indivíduo dentro da população (...) (Porter, 2006, p.237).

A antropologia praticada na presente tese tem, também, uma conotação política, na medida em que busca, a partir dos resultados da investigação, produzir algum tipo de implicação social. Não exatamente no sentido de que tenha sido projetada para ser um diagnóstico das políticas públicas, com a posterior proposição de recomendações e mudanças, mas que busca restituir a realidade, privilegiando atores sociais muitas vezes negligenciados como produtores de saberes e/ou de verdades.

Esta tese não deixa de ser uma *rede*, no sentido latouriano. Neste sentido, a *rede* aqui pensada não existe em outro lugar, a não ser nessa compilação mais ou menos coerente de elementos à primeira vista díspares. Uma rede que é baseada em vivências das políticas públicas e das instituições de tratamento, tanto minhas quanto dos indivíduos que entrevistei. Mas não se trata de vivências no sentido subjetivo, e sim no sentido material de *deslocamentos* e *contatos institucionais*, tanto da minha parte, enquanto pesquisador, quanto dos indivíduos entrevistados, enquanto pacientes/clientes.

Penso que um dos papéis da antropologia hoje é atuar como uma ferramenta de comunicação política, um veículo, um *media*, para que vozes silenciadas possam se expressar. Meu trabalho como antropólogo foi levar literalmente a sério as experiências desses indivíduos na posição social de pacientes/clientes. *Stricto sensu*, entender que eles são os maiores conhecedores de suas próprias dependências químicas – e, portanto, da dependência química como um fenômeno abstrato –, pois vivem ou viveram esta condição (fenômeno) a partir de uma posição subjetiva e ontologicamente inatingível por outros indivíduos. Meu interesse nessas experiências, ou na escuta dessas trajetórias de vida, se dá no seguinte sentido: médicos, terapeutas, especialistas em dependência química, todos falam, são ouvidos, possuem voz ativa no universo da atenção aos usuários de substâncias psicoativas. Os dependentes químicos não. Existe um determinismo biológico e normativo que dissemina a ideia de que essas pessoas não

comunicam, ou comunicam apenas *sintomas, problemas, desvios e alteridade*, como procurei demonstrar nos capítulos anteriores.

Esta pesquisa, a partir de seu objeto de estudo, toca em diferentes campos conceituais e empíricos caros à antropologia contemporânea como políticas públicas, itinerários terapêuticos, processos de saúde/doença, discursos e práticas científicas, constituição de subjetividades e identidades, para citar aqueles que eu considero mais importantes. Mas se trata, no fim das contas, de um trabalho cujo objetivo principal é ressaltar e reconstituir a multiplicidade das práticas e associações sociais que colocam em ação um tipo de *alteridade*. Mais especificamente, uma determinada alteridade tomada como morbidade. Essa alteridade, por ser praticada no âmbito da patologia, e apesar de ser colocada em ação pela associação de uma série heterodoxa de atores sociais – muitos deles institucionais, ligados a especialidades científicas ou definições técnicas do âmbito legal ou terapêutico não-científico –, tende a singularizar de maneira homogênea aqueles indivíduos que se classificam ou são classificados a partir dela. Meu objetivo principal é, portanto, devolver a complexidade e multiplicidade empírica às práticas ou associações sociais que singularizam homogeneamente essa alteridade. E não apenas no sentido de que a dependência química homogeneiza a partir de certo tipo-ideal de indivíduo que é colocado em ação em contextos múltiplos⁵⁸.

O *dependente químico*, o *usuário problemático*, e mesmo o *usuário normal* de psicoativos ilícitos, só podem existir, ou só existem socialmente enquanto *alteridade*. Mas não qualquer alteridade, e sim uma *alteridade silenciada*, que não pode responder por si e organizar a si mesma. A diferenciação desses indivíduos para com os outros, ou o seu *processo de alterização*, é feito de diversas maneiras. Cada vez mais a partir de modelos diagnósticos praticados pelas ciências biomédicas e comportamentais, mas também a partir de modelos morais e jurídicos, como procurei demonstrar anteriormente. No restante desta tese será demonstrado, a partir da pesquisa de campo realizada durante um ano e meio, a multiplicidade ontológica dessa posição de alteridade. Uma maneira interessante e não tão comumente explorada de apreender essa multiplicidade é justamente a partir das experiências práticas de cada um dos indivíduos em processos de cuidado, uma vez que no contexto das terapêuticas de abstinência as

⁵⁸ Como ressaltai anteriormente, a patologia está diretamente relacionada a uma noção de indivíduo. A do indivíduo que deteriora a própria saúde e que não mais possui a faculdade do julgamento racional e moral.

características e particularidades individuais são normalmente suprimidas e substituídas pela singularidade da noção de dependente químico.

Desde a formulação das primeiras questões desta pesquisa eu sempre estive em dúvida a respeito de como ordenar os dados coletados em um campo tão heterogêneo e recheado de disputas. O entendimento a respeito do que eu gostaria de produzir foi se construindo aos poucos, ao longo da trajetória de trabalho de campo, de orientação, de novas leituras, e posteriormente de uma experiência de estágio-sanduíche na cidade de Amsterdam com novas observações, novas leituras e orientação. Apesar de apreciar e reconhecer a riqueza da etnografia descritiva nos moldes clássicos da disciplina, tanto a baseada na “observação participante” de Malinowski (1998) ou na “descrição densa” de Geertz (1989), entendi que exaurir através da descrição, por exemplo, um determinado espaço terapêutico observado, na busca por desvendar sua lógica subjacente, não necessariamente seria o caminho mais proveitoso para os objetivos traçados.

Se o trabalho fosse desenvolvido dessa maneira haveria o risco de, neste processo, reificar as categorias que na verdade deveriam não exatamente ser desconstruídas, mas *reconstituídas* a partir da matéria social, das práticas observadas no campo e nas trajetórias de indivíduos em situação terapêutica. Melhor dizendo, a ideia era desconstruir para, em seguida, *reconstruir* as categorias de *dependente químico* e de *cuidado* – ao invés de *tratamento* ou *terapêutica* – a partir das observações e relatos coletados no trabalho de campo. Em outras palavras, torná-las empíricas novamente. Dar a elas a qualidade e profundidade social (sociológica) que lhes é própria, pois se trata de um universo no qual há hoje, no Brasil, controvérsias, ainda que muitas vezes determinados grupos tentem passar a impressão de que carregam *a verdade* a ser compartilhada.

Esta *rede de atenção* existe em teoria, como foi demonstrado nos capítulos anteriores, por exemplo, que trataram do organograma do Sistema Único de Saúde ou então das formulações da Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil. Se antevê, inclusive, uma espécie de roteiro ou trajeto lógico a ser percorrido pelos indivíduos nos meandros dessa rede. Mas na prática, nas vivências dessas pessoas que em algum momento ingressam em *processos e/ou itinerários terapêuticos* para a dependência química, o desenrolar das associações com outros atores sociais fora dessa *rede de atenção em saúde ideal/teórica* é muito mais complexa. É em busca de reconstituir essa complexidade que eu desenvolvo o próximo capítulo deste trabalho.

O que paulatinamente foi sendo percebido enquanto uma potencial distinção da presente pesquisa, no sentido de não repetir exercícios já realizados por outros pesquisadores, é que na prática muitas vezes as associações e relações entre os indivíduos e os modelos de cuidado ocorrem de maneiras imprevistas, surpreendendo inclusive o pesquisador se ele busca apenas a confirmação ou refutação de hipóteses ou respostas estritamente coerentes a perguntas metodologicamente bem formuladas. Este rigor e esta clareza não eram nada evidentes no início da minha trajetória da pesquisa.

Pelo contrário, de certa forma fui me deixando levar no decorrer do trabalho de campo, em primeiro lugar em eventos científicos, de treinamento e de políticas públicas que discutiam a questão do *cuidado em saúde* a usuários de psicoativos, onde pude mapear as controvérsias sobre o tema e perceber que não existe apenas uma diversidade qualitativa de abordagens a respeito de *um objeto*, mas, no mínimo, duas *ontologias de cuidado* diferentes que partem de diferentes *objetos do cuidado* – uma que não concebe o uso de psicoativos e prima pela abstinência, outra que busca reduzir danos relacionados ao consumo. Em um segundo momento, praticando a observação participante em quatro diferentes espaços onde a *ontologia da abstinência no cuidado em saúde* é praticada, em busca de demonstrar *como* este cuidado é posto em ação em cada lugar. Por último, acessando as experiências pessoais de indivíduos que, dentro de suas trajetórias de vida, são tocados por ou tocam esse(s) diferente(s) *cuidado(s)*, devolvendo-lhes sua capacidade de agência como atores sociais e ressaltando que a dependência química deve ser interpretada como *um processo*.

O exemplo de Law (2003) a respeito de uma pesquisa que ele e uma colega desenvolveram a respeito de como um hospital lidava com pacientes sofrendo de hepatite alcoólica (*alcohol liver disease*) ilustra bem a questão de um campo com inúmeras possibilidades, no qual é quase impossível focar unicamente na coerência e na organização. Eles dizem o seguinte a respeito do trabalho de investigação que procurou identificar como um hospital lidava com pacientes sofrendo de *alcoholic liver disease*:

As entrevistas se desenrolaram tranquilamente, mas no decorrer do processo dois problemas começaram a tomar forma. Primeiro, provou-se realmente difícil, de fato provavelmente mais ou menos impossível, de mapear trajetórias de ‘pacientes típicos’. Frequentemente nossos entrevistados estavam querendo jogar o jogo. Ou seja, eles diriam que provavelmente não existia algo como uma ‘trajetória típica’, mas que se existisse iria,

talvez, parecer como isto ou aquilo. Mas a dificuldade real emergiu quando tentamos mapear [encaixar] as diferentes trajetórias umas nas outras. Porque elas não encaixavam, o não encaixariam. Trajetórias oferecidas por um entrevistado não se conectavam às trajetórias sugeridas por outro (...) Aqui está um exemplo. Havia um centro de aconselhamento em álcool no meio da cidade na qual estávamos trabalhando. Pessoas eram aconselhadas aqui se elas tivessem um problema com álcool, e em algumas instâncias elas entravam em programas de tratamento para o alcoolismo. Mas elas só podiam ir ao centro se tivessem feito um agendamento. E eles só poderiam ir se estivessem sóbrios. Algumas pessoas no hospital descreveram o trabalho do centro de aconselhamento nesses termos, mas vários não o fizeram, imaginando, por exemplo, de que se tratava de um centro *drop-in*. Trajetórias imaginadas e colocadas em ação no hospital eram inconsistentes com aquelas imaginadas e colocadas em ação no centro de aconselhamento. Não existia, por assim dizer, ‘sistema’. Trajetórias e movimentos eram mal coordenados (Law, 2003, p.4).

O trabalho de campo realizado para a presente pesquisa demonstrou que as noções de *problema* e *cuidado* associado ao uso de psicoativos são variáveis também – vide as diferenças entre as noções biomédicas e a dos grupos de Narcóticos Anônimos, por exemplo – e que é importante manter em vista a representação dessa multiplicidade. Além disso, são temas que atualmente se encontram em recorrente disputa política no Brasil e trazem ao jogo social não apenas atores ligados às questões de saúde/doença, mas também atores sociais dos campos jurídico, político, policial, midiático, familiar, entre outros. Obviamente este fato traz implicações concretas para o funcionamento do aparato previsto nas políticas públicas e, mais importante, nas vidas de quem se associa a esses modelos de atenção no papel de *pacientes*, *clientes*, ou *objetos de cuidado*.

Como procurei deixar claro anteriormente, estou focando o relato antropológico na complexidade da interface entre os “processos de saúde/doença” e os “itinerários terapêuticos” de indivíduos nos meandros de uma rede de modelos de cuidado para o uso problemático de psicoativos na cidade de Porto Alegre. Mesmo que tenha chegado a esta conclusão apenas no decorrer do processo de pesquisa, no fundo sempre estive em busca de uma maneira mais fluida de construir e analisar essas categorias, já que a minha experiência anterior de pesquisa com grupos de Narcóticos Anônimos demonstrou que de um ponto de vista antropológico pode ser interessante e

frutífero explorar essas categorias no decorrer das trajetórias de vida de indivíduos na posição de *pacientes/clientes*.

Penso que o diálogo com um determinado conjunto de pesquisadores contemporâneos ajuda a explorar as inconstâncias e controvérsias que existem no campo de pesquisa escolhido. Em seu livro *Reassembling the Social*, Latour (2005) procura demonstrar a importância de retomarmos o sentido original da palavra “social” no âmbito dos estudos sociais. Procurando distinguir a abordagem da *actor-network-theory* (ANT) do que ele chama de “sociologia do social”, o autor aponta para uma “sociologia das associações” que procura “seguir os atores sociais” em seus deslocamentos, delegando-lhes o trabalho de ordenar a realidade da qual são participantes. Esta ferramenta metodológica, segundo Latour, é mais adequada para pensarmos realidades em disputa ou em transformação, já que não procura explicar através de conceitos sociológicos pré-estabelecidos, mas a partir de descrições informadas pelos próprios agentes em ação (relação). Em outras palavras, a ideia de “social” na sistematização da ANT feita por Latour vai de encontro com a de “performance” ou “performatização”.

Não exatamente no sentido de que o social é dramaturgicamente performatizado, e sim de que só pode ser apreendido enquanto fenômeno emergente. O que o autor chama de social não é um recorte metodológico que direciona (incita) a pensar em um conjunto de aspectos mais ou menos delimitados da realidade, tal qual o fazem as ideias de biológico e psicológico, cada uma com suas particularidades. Relacionando isto ao tema desta tese, não se trata de observar os *aspectos sociais* da dependência química – considerada um fenômeno *biopsicossocial* – e seu tratamento, e sim de observar que tipos de associações entre atores sociais – e *quais são* esses atores-sociais – sustentam sociologicamente esse fenômeno biopsicossocial. O social latouriano é, então, o conjunto de relações (associações) entre atores sociais que, em um determinado momento, permitem a um fenômeno qualquer existir, e também permite a ele ser observável, analisável, descritível. Nas palavras de Latour, “o social”:

[n]ão designa um domínio da realidade ou algum item em particular, e sim é o nome de um movimento, um deslocamento, uma transformação, uma tradução, uma inscrição. É uma associação entre entidades que não são de maneira nenhuma reconhecíveis como sendo sociais da maneira ordinária, *exceto* durante o breve momento no qual elas são remodeladas em

conjunto (...) Social, para ANT, é o nome de um tipo de associação passageira que é caracterizada pela maneira através da qual ele se agrupa em novas formas [formatos] (Latour, 2005, p.65).

O social deixa de ser a *explicação* para as ações e movimentos dos atores sociais para, na *sociologia das associações*, ser aquilo que precisa ser explicado. O social não é usado como uma espécie de cimento no sentido definido por Durkheim (1989), que uniria agentes humanos individuais em coletivos submetidos a estruturas englobantes (sociedade), e sim a própria gama de relações de intermediação e mediação entre atores sociais em um determinado momento e situação. São justamente essas associações inovadoras e inesperadas entre atores sociais que devem ser explicitadas; elas são o “social reagregado” (*social reassembled*).

A melhor maneira de reagregar o social, de acordo com Latour, é a partir da explicitação da associação de um conjunto de atores sociais que juntos, em um momento específico, colocam em ação determinado fenômeno. Desta forma os limites sobre a definição do que é o social, ou do que é feito o social em cada situação específica são expandidos, tornam-se incertos de antemão. Ao propor este movimento, Latour nos diz que a melhor maneira de atingir essa configuração emergente do social é justamente atentando para as controvérsias envolvidas em sua definição e performatização, tais como a respeito da “formação de grupos”, da “fonte da ação”, de quem (e o que) são os “agentes”, da disputa entre “*matters of fact*” e “*matters of concern*”, e também sobre o próprio trabalho de escrita que procura desvelar o social.

A *rede* que faz parte da nomenclatura usada por esse autor pode representar uma rede de fato, mas não é nada mais que o próprio relato textual do pesquisador, que deve ter nos mediadores ou intermediários os pontos de amarra da descrição do curso de ação. O texto deve formar uma rede, independentemente de esta ser organizada e designada como tal na realidade. Ao transportar, na presente pesquisa, a ideia de rede para o desenrolar das trajetórias de vida de indivíduos em situação terapêutica, pretende-se fugir das ideias pré-concebidas e teóricas de uma rede de atenção integral presente nas políticas públicas, que concebe um conjunto determinado de atores sociais, e ao mesmo tempo demonstrar que essa rede é mais heterodoxa e imprevisível do que se imagina.

Resumidamente, pretende-se focar nas inconstâncias e disputas tanto sobre a definição de dependência química e uso problemático de psicoativos quanto de como se propõe a intervenção sobre ambos. Isto a partir dos dois universos apresentados: tecnologias de cura técnica-científica/políticas públicas; percursos de pacientes/clientes. Menos do que descrever exaustivamente cada um dos modelos de intervenção observados, a ideia foi produzir uma descrição que pudesse captar o movimento, o fluxo da ação social que sustenta a ideia de dependência química – das políticas públicas em disputa à experiência prática de pessoas em situação de tratamento. Em outras palavras, que conjunto de relações e atores sociais a categoria dependente químico traz à tona? Que performance do social pode ser vislumbrada a partir desta categoria? Mais do que apontar para uma performance de patologia, trata-se da criação de uma *alteridade patológica*, de uma patologia que não apenas coloca em ação a diferença em termos científicos ou técnicos com fins terapêuticos, mas que contribui para a prática da *alteridade social-moral*.

Como foi demonstrado na primeira parte desse trabalho, no Brasil atual o uso de substâncias psicoativas ilícitas ainda é visto de maneira estigmatizada e preconceituosa por alguns setores da sociedade, fato que passa pela associação da dependência química com a pobreza, com a marginalidade e com a violência. Diferentemente da Holanda, por exemplo, onde o tema é tratado dentro dos parâmetros da tolerância, no Brasil, a maior parte da gestão das questões de saúde relacionadas ao tema é contaminada por ideias muitas vezes contra produtivas do ponto de vista do *cuidado*, tais como a imputação de um grande poder negativo ou destruidor às próprias substâncias – o que é no mínimo estranho, já que fora das relações com organismos humanos elas nada produzem – ou então a desumanização e animalização dos indivíduos que se tornam dependentes químicos.

Em alguns casos são representantes da própria ciência que ajudam a disseminar tais preconceitos, como nos exemplos apresentados anteriormente a respeito de usuários de crack. Não é possível de medir exatamente o alcance das palavras do médico que classifica todos os usuários de cocaína como diferentes, como animais, mas pode-se problematizar o contexto no qual essas palavras foram pronunciadas e suas possíveis implicações políticas. Trata-se de um representante da ciência, um especialista em dependência química, fazendo tais assertivas para um público que lá estava buscando informações para complementar o conhecimento de suas práticas profissionais diárias

de cuidado a usuários de psicoativos. Dada a grande aceitação do público presente naquele anfiteatro, não fica difícil de sugerir que, ao menos em parte, aquela mensagem foi passada para frente, circulou e instruiu pessoas.

Law e Hassard (1999) apontam para as implicações das generalizações que o trabalho acadêmico e a produção científica demandam. A maior delas é justamente a perda da capacidade de dar conta da complexidade dos fenômenos implícita no ato de classificação e nomeação. Esse tipo de generalização a respeito de uma suposta condição mental dos usuários de cocaína, por exemplo, se levada a sério por todas as pessoas envolvidas com o cuidado de usuários de psicoativos, pode trazer resultados práticos ruins – pode afastar pessoas que se beneficiariam com algum tipo de tratamento. Isso partindo do princípio biomédico de que a dependência química é um fenômeno multifacetado, mas com características individuais preponderantes. Tratam-se indivíduos. Não se pode ignorar os aspectos individuais no tratamento de acordo com os manuais mais utilizados na biomedicina (CID-10 e DSM-IV). Entretanto, aqui não se trata do alcance de uma generalização científica, mas do alcance de uma generalização proferida por um representante da ciência.

A falta de uma resposta positiva e constante através das intervenções biomédicas abre espaço, há muito tempo, para uma gama de instituições assistenciais pautadas por outros parâmetros, como as comunidades terapêuticas de orientação religiosa e os grupos de ajuda mútua como os Narcóticos Anônimos. O espaço ocupado por estes últimos modelos institucionais é, na verdade, bastante significativo no sentido de que há um grande número dessas instituições prestando assistência no Brasil atual, como foi demonstrado nos capítulos anteriores.

Ou seja, há diferentes performances da dependência química em ação. Como sugere Mol (1999) quando fala de *ontological politics*, não é o caso de realidades plurais, mas múltiplas. Não há diferentes *versões da dependência química* em ação, mas *diferentes dependências químicas* sendo colocadas em prática em situações específicas através da associação de atores sociais específicos. E não se trata apenas do uso de termos e conceitos diferentes – como nos grupos de Narcóticos Anônimos a ideia de “adição” substitui a de dependência química – e sim de diferentes performatividades tanto da noção de patologia quanto da de terapêutica. Este argumento fica claro a partir do capítulo anterior, onde foram apresentados os espaços terapêuticos nos quais foi realizado trabalho de campo para esta pesquisa, e ficará ainda mais explícito no próximo

capítulo, a partir da apresentação das trajetórias de vida de indivíduos em situação terapêutica.

As metodologias – e aqui se amplia a ideia de que o método é apenas científico; no caso, estou pensando em *métodos de cuidado*, que também podem ser não científicos (religioso, ajuda mútua) –, como dizem Law *et al.*, não apenas constroem e representam realidades, mas elas principalmente *performatizam, colocam em ação* realidades. No caso da dependência química isso fica bastante claro. O que se pretende com este trabalho é apresentar uma performatização antropológica da dependência química, pensando no papel social do método, como sugerido por Law *et al.* (2011). A performatização da dependência química que se busca aqui deve ser diferente das que as ciências biomédicas ou outras técnicas terapêuticas aplicam com o objetivo de *tratar* ou *curar*:

Esta, então, é a vida social do método *versão um*. A afirmação é que os métodos são do mundo social; de que eles são ferramentas que tendem a refletir as preocupações daqueles que advogam por eles, e que eles subsistem em ecologias particulares. Mas então temos a vida social do método *versão dois*; a ideia de que os métodos são por sua vez implicados no mundo social. Eles são também, desta maneira, do mundo social no sentido de que o constituem e o organizam. Ou, para usar o jargão, de que eles não apenas representam a realidade lá fora; mas de que eles são também performativos do social (Law *et al.*, 2011, p.8 – grifos meus).

A ciência sobre a dependência química colocada em prática nesta tese tem a ver com desvelar (reagregar) as associações sociais pelas quais passa(ra)m indivíduos que ingressa(ra)m em itinerários terapêuticos específicos. O interesse não é produzir conhecimento sobre essas pessoas e essa condição patológica no mesmo sentido das ciências biomédicas mas, partindo das experiências práticas desses sujeitos, entender como eles se apropriam das ferramentas terapêuticas e o que isso implica ou implicou em suas vidas. O que as associações com determinado modelo terapêutico em determinado momento de suas vidas produziu ou deixou de produzir? Em outro sentido, quais atores sociais se associaram em determinado momento para colocar em prática uma noção de patologia e/ou de cuidado?

Não se pode ignorar que a presente pesquisa também performatiza, usando as ideias de Law *et al.* (2011), uma determinada dependência química a partir do seu

modelo metodológico de coleta e análise de dados. Mas a metodologia antropológica e a busca pelo dado qualitativo permite acessar esses indivíduos – posicionados socialmente por outras práticas técnicas, científicas e terapêuticas em uma categoria de *alteridade patológica* – e performatizá-los *ontologicamente*. Em outras palavras, não interessa saber sobre a doença *per se*, ou sobre as interpretações subjetivas da mesma, e sim sobre a *vivência prática e social* de estar associado, em alguns momentos, com performatizações patológicas do uso de substâncias psicoativas.

Novamente é importante um dialogo com Law *et al.*, quando eles tratam de como devemos pensar sobre o que queremos em termos metodológicos, sobre o que queremos com nossas pesquisas e instrumentos de medição da realidade, na medida em que eles “produzem realidade(s)”. Os autores apontam para as implicações políticas do método:

Nós realmente queremos o tipo de coletividades implicadas pelas etnografias, pelos *surveys*, pelos grupos focais, ou por compilações de dados de transações? Nós sequer sabemos o que eles são? E qual tipo de subjetividades e coletividades eles estão propagando? Como vocês irão ver, nós não estamos mais apenas lidando com questões metodológicas. Nós também estamos negociando com política, com questões a respeito dos tipos de mundos sociais e subjetividades que nós queremos ajudar a fazer mais real – realizar – em e através de nossos métodos. Nós estamos lidando com o que Annemarie Mol (...) chama de *ontologia política* (Law *et al.*, 2011, p.12).

Como abordar tecnologias terapêuticas que estão incluídas em uma mesma *rede ideal* prevista nas políticas públicas, mas que possuem ontologias políticas heterodoxas? Desde a *desintoxicação* de um organismo para evitar a crise de abstinência até a *mudança de vida*, que normalmente pode ser acompanhada de uma *transformação de identidade*, praticada em grupos de ajuda mútua ou comunidades terapêuticas? Isto sem contar as estratégias de redução de danos, que partem de outro pressuposto e estão também inclusas nas políticas, ainda que pouco praticadas na atualidade e não abordadas no âmbito desta tese.

As sugestões de Mol (1999) são bastante representativas do tipo de tensões que podem ser encontrados no universo abordado por esta pesquisa. Utilizando o exemplo da detecção da anemia ela diz que se estamos falando de diferentes realidades médicas que coexistem, algumas questões devem ser levantadas sobre a política que se encaixa

nesta multiplicidade ontológica, tais como: onde estão as opções? O que está em suspenso (em jogo)? Existem realmente opções? Como devemos escolher?

A autora está, ao mesmo tempo, procurando descrever e mapear o social, da maneira como sugere Latour (2005), e problematizando a política envolvida na definição dessas performatividades sociais. Um exemplo trabalhado pela mesma autora e discutido por Law diz respeito à multiplicidade de *method assemblages* que colocam em prática a aterosclerose⁵⁹: “Mol descreve ao menos cinco locais nos quais a aterosclerose nos membros inferiores aparece, e ela poderia encontrar mais (...) Cada [local] é [tem] sua própria associação [agrupamento] metodológica[o], seu próprio repertório de práticas e ofícios” (Law, 2004, p.50). Completando o raciocínio, Law diz ainda o seguinte:

Nós não estamos lidando com diferentes e possivelmente imperfeitas perspectivas sobre o *mesmo* objeto. Estamos lidando com *diferentes objetos produzidos em diferentes associações metodológicas [method assemblages]*. Esses objetos se sobrepõem, sim. De fato, é exatamente aqui que reside todo o problema: tentar ter certeza de que eles se sobreponham de maneiras produtivas (...) Então eles se sobrepõem, *mas eles não são o mesmo(a) [coisa]*. Diferentes realidades estão sendo produzidas e mutuamente ajustadas para que possam se relacionar – com maiores ou menores dificuldades (Law, 2004, p.55).

Mas não se trata, no âmbito desta tese, unicamente de pensar nas diferentes *assemblages* terapêuticas como produtoras de diferentes dependências químicas. Levantar questões sobre as supostas opções terapêuticas, sobre a possibilidade de diferentes sobreposições performatizando esta alteridade patológica específica, sobre os momentos e situações em que essa alteridade é produzida e tensionar o poder produtivo (construtivo) dessas *assemblages* terapêuticas, são todos pontos essenciais.

Mas o mais importante elemento trabalhado nesta tese é apontar para a *indeterminação, imprevisibilidade e imponderabilidade* dessas práticas terapêuticas. Ou seja, não se entende as performatividades terapêuticas para dependência química – ao menos aquelas que foram observadas e apresentadas nesta pesquisa – como instrumentos de intervenção precisos e previsíveis. Ao diferenciar a “lógica da escolha”

⁵⁹ Doença inflamatória crônica que prejudica os vasos sanguíneos provocando, em alguns casos, a sua obstrução.

da “lógica do cuidado”, Mol chama atenção para este fato, de que as redes terapêuticas não necessariamente atuam como um grande mercado no qual o paciente/consumidor pode fazer escolhas racionais com resultados previsíveis:

Na lógica da escolha as tecnologias são instrumentos. Isto soa tautológico. É óbvio que as tecnologias são instrumentos. Elas são meios para fins e quanto mais efetivos os meios são, melhor. Mas e se as tecnologias possuem efeitos inesperados? E se elas vão além, e de fato transformam, os fins aos quais elas supostamente deveriam servir? Tecnologias são desregradas. Uma vez introduzidas em um mundo onde elas interferem de maneiras inesperadas em conjunto com muitas outras entidades e configurações erráticas, elas mudam muito mais do que deveriam e, finalmente, transformam a si mesmas também. Ao invés de serem modestos meios, elas são mediadores inventivos. A lógica do cuidado está em sintonia com isto. Ela assume que coisas são tão imprevisíveis quanto pessoas. Não interpreta as tecnologias como ‘meros’ instrumentos. Ao invés disso, o bom cuidado envolve a tentativa persistente de domar tecnologias que são também persistentemente selvagens. Mantenha um olhar atento às suas ferramentas, adapte-as às suas necessidades, ou se adapte às delas. *Tecnologias não se sujeitam ao que nós desejamos que elas façam, mas interferem com quem nós somos.* [grifo meu] (Mol, 2011, p. 9).

Chama-se a atenção para a última frase da citação acima, colocada em destaque. Reproduzi-la com outras palavras é dizer que as *assemblages* terapêuticas implicam na constituição ou reconstituição de identidades, de subjetividades e, portanto, na vida social das pessoas. Pegando o exemplo específico das terapêuticas para dependência química abordadas neste trabalho, a implicação assume uma dimensão ainda maior, dadas as suas particularidades – como a necessidade de submissão do paciente; aceitação de que possui uma doença crônica; em alguns casos, a sua animalização; a hierarquização especialista/paciente; dentre outros elementos destacados no decorrer do trabalho.

Todas essas características não tornam os resultados dos contatos terapêuticos nem mais nem menos previsíveis. Este é o ponto que será desenvolvido a partir daqui, usando como exemplos etnográficos, no próximo capítulo, as trajetórias de vida dos paciente/clientes de espaços terapêuticos entrevistados para a pesquisa. O exercício será demonstrar, obviamente a partir de uma visão retrospectiva dos fatos ocorridos na vida de cada um deles, quão imprevisíveis e imponderáveis podem ser os efeitos e

implicações de um direcionamento terapêutico para dependência química. Ou, em outro sentido, quão heterodoxos podem ser os atores sociais que se associam para constituir uma trajetória de dependente químico. Antes disso, é importante retomar dois conceitos-chave desenvolvidos por Latour, uma vez que permitem pensar os contatos terapêuticos a partir de seus desdobramentos:

Um *intermediário*, no meu vocabulário, é o que transporta significado ou força sem transformação: definir suas entradas é suficiente para definir suas saídas. Para todos os propósitos práticos, um intermediário pode ser tomado não apenas como uma caixa-preta, mas também uma caixa-preta que conta como uma só, mesmo que internamente seja formada por muitas partes. *Mediadores*, por outro lado, não podem ser contados como apenas um; eles podem contar por um, por nada, por muitos, por infinito. A sua entrada nunca é uma boa previsão de sua saída; sua especificidade deve ser levada em conta todas as vezes. Mediadores transformam, traduzem, distorcem, e modificam o significado ou os elementos que eles supostamente devem carregar. Não importa o quão complicado um intermediário seja, ele pode, para todos os propósitos práticos, contar como apenas um – ou mesmo como nada porque pode ser facilmente esquecido. Não importa o quão aparentemente simples um mediador possa parecer, ele pode se tornar complexo, ele pode conduzir a múltiplas direções que irão modificar todos os relatos contraditórios atribuídos ao seu papel (Latour, 2005, p.39).

Ambos os conceitos são ferramentas interessantes para abordar as terapêuticas de dependência química baseadas na abstinência, já que falam de transporte de significados e força, sem ou com transformação. Este último elemento que considero chave. A grande questão desse conjunto de *assemblages* terapêuticas está na *transformação*, justamente por serem baseadas na abstinência e focarem no abandono do uso de psicoativos como seu principal objetivo. Se as práticas de uso de substâncias psicoativas se tornaram hábitos, e provavelmente hábitos que desencadearam danos em algum momento, há necessidade de transformação, e de transformação radical, muitas vezes. Como será demonstrado adiante, a partir da análise das trajetórias de pacientes, é bastante recorrente que indivíduos tenham contato, participem de modalidades terapêuticas enquanto *intermediárias* do cuidado, não necessariamente como *mediadoras*.

Mas não se trata de analisar a suposta eficácia de determinados modelos de cuidado a partir de seus elementos constitutivos concretos e da interação dos indivíduos com estes. É sim de compreender o cuidado a partir de uma perspectiva processual, que só pode emergir no decorrer das histórias de vida. O material coletado durante o trabalho de campo etnográfico permite um debate interessante a respeito das ideias latourianas apresentadas acima. A ideia de rede – tanto a de rede atenção, como nas políticas públicas, quanto a *network* da ANT – passa a ser reagregada a partir dos deslocamentos e trajetórias, não enquanto algo efêmero e instantâneo, por exemplo. Adentra-se assim o debate entre estrutura e história. Entre algo que determina a ação e as maneiras com que os indivíduos lidam com essa determinação. As trajetórias historicizam, introduzem o eixo do tempo nas *assemblages* latourianas.

Segundo Alves e Souza (1999), que fazem uma pequena revisão sobre o desenvolvimento histórico do conceito de itinerário terapêutico, inicialmente os estudos eram baseados em uma concepção “voluntarista, racionalista e individualista”, na medida em que focavam no comportamento do enfermo e suas escolhas dentro de um panorama mercadológico, com o objetivo de obtenção de maiores vantagens em cada contato terapêutico. Para Csordas e Kleinman (1996), qualquer tipo de intervenção terapêutica deve ser entendida como fazendo parte de um processo em curso, mais abrangente que um procedimento específico. Processo este que começa pela identificação do problema, passa pela procura por ajuda, avaliação dos resultados, possível procura por nova ajuda, e culmina na resolução do problema. Já a ideia de “itinerário terapêutico” se traduz em um “conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto preconcebido: o tratamento da aflição” (Alves; Souza, 1999).

Neste trabalho, a preocupação com os itinerários terapêuticos não se dá no sentido das escolhas racionais, em como as pessoas *escolhem* ou *são ajudadas a escolher* determinados modelos terapêuticos em detrimento de outros, mas em como as condições materiais de existência delimitam essas escolhas ou direcionamentos⁶⁰. A grande questão aqui é que os itinerários não são feitos apenas de escolhas terapêuticas na busca por saúde ou melhora. Há muito mais elementos, principalmente políticos, em jogo. Essas experiências, na interpretação social-realista aqui apresentada, falam sobre deslocamentos concretos.

⁶⁰ O termo *condições materiais de existência* não está empregado aqui no sentido marxiano, economicista, e sim no sentido latouriano. Pensando em como os elementos concretos e emergentes que se agrupam em determinado momento podem direcionar algo ou alguém nesta ou naquela direção.

Os percursos de indivíduos em situação de tratamento, indivíduos que de uma forma ou de outra se associaram com o uso de psicoativos, se apresentam como dado essencial no reagregamento social da dependência química. Há diferentes *politics* em ação nesta questão. Meu papel enquanto antropólogo, como eu vejo a antropologia, é de dar voz a quem não possui. Os outros atores sociais dessa rede possuem muita voz, inclusive a ponto de deslegitimar a outra ponta da relação, os pacientes.

A partir disso, é possível sugerir que esta tese, baseada na abordagem antropológica, se aproxima da performatização de sujeitos e subjetividades praticada pela redução de danos, na medida em que procurou permitir que os indivíduos descrevessem a si mesmos a partir de suas próprias categorias e vivências. Tratou-se de uma busca pela *ontologia* dos pacientes/clientes no desenrolar de suas trajetórias de vida – ou de uma *performatização ontológica* desses pacientes. Uma das críticas de Latour à sociologia crítica bourdieusiana, por exemplo, está relacionada a como esta interpreta os agentes. E a maneira que Latour pensa nesses agentes é bastante representativa do tipo de abordagem praticada na presente tese:

Nesta visão [sociologia crítica] agentes ordinários são sempre pensados como estando dentro de um mundo social que os engloba. Eles podem, na melhor das hipóteses, ser informantes sobre esse mundo e, na pior, ser cegos à sua existência, cujos efeitos totais são apenas visíveis aos olhos do cientista social. Latour prefere pensar sobre seus informantes enquanto co-investigadores, totalmente hábeis para lidar com a natureza incerta das entidades que eles trazem à tona. Ele, portanto, clama para que os cientistas sociais levem as palavras e ações dos atores muito a sério (Berliner *et al.*, 2013, p.440).

A escuta antropológica passa a ser, então, parte do *cuidado* (*care assemblage*), aquela parte que dá voz, ou que permite à figura do paciente/cliente agir e se associar a partir de uma perspectiva ontológica, não patológica. As outras associações que o paciente/cliente mantém com discursos e práticas científicas e técnicas certamente o incluem, mas não deixam que ele apresente a si mesmo ou se classifique. Ele é classificado como diferente, como doente, para entrar na relação. O próprio ato de classificação o coloca na relação. O que esta pesquisa busca é que ele, o paciente, que está performatizando um papel social de doente, classifique sua condição e fale sobre seus deslocamentos nos eixos tempo e práticas sociais – que incluem o uso de psicoativos.

É novamente Mol (2002) quem traz uma abordagem interessante em seu livro *Body Multiple* quando diz que não se trata de buscar diferentes perspectivas ou representações sobre um mesmo fenômeno. Não se trata, como a autora prega, de buscar um *perspectivalismo* ao conversar com pacientes⁶¹. Ao buscar as vivências desses pacientes o interesse não esteve focado em suas opiniões ou perspectivas sobre o assunto, tentando elucidar no que elas poderiam se afastar ou se aproximar das perspectivas dos profissionais de saúde ou dos cuidadores. O objetivo foi de buscar nessas trajetórias relatos sobre diferentes práticas de cuidado as quais possam ter vivenciado durante a vida. Em outras palavras, a busca foi por relatos sobre experiências subjetivas de contato com determinados modelos terapêuticos que, obviamente, não podem ser generalizados, mas apenas compreendidos dentro das próprias trajetórias de vida específicas que informam o pesquisador. Assim, saindo de contatos terapêuticos específicos e levando o olhar ao processo, às trajetórias, é possível de pensar na ideia de *cuidado*. Neste ponto há outra aproximação com Mol, quando a mesma diz que o relato de um paciente com aterosclerose entrevistado por ela transformava-o em um “etnógrafo de si mesmo”:

[Mas] não um etnógrafo de sentimentos, significados ou perspectivas. Mas alguém que diz como é viver com um corpo debilitado na prática. As histórias que as pessoas contam não apresentam apenas grades de significado. Elas também transmitem bastante sobre pernas, sobre cadeiras de rodas ou escadas. O que as pessoas relatam em uma entrevista não revela apenas a perspectiva delas, mas também informa sobre eventos que elas tenham vivido. Se você concorda em seguir com esta possibilidade por um momento, e ouve às entrevistas com pacientes de uma maneira realista, a questão se torna ‘quais são os eventos que as pessoas relatam [report on]? (Mol, 2002, p.25).

Assim, a ideia de uma trajetória de *cuidado* relacionada ao uso de substâncias psicoativas pode apresentar situações e eventos que não necessariamente estarão enquadrados dentro das categorias de *terapia*, *cuidado de saúde*, *cura*, entre outras. Mas podem emergir eventos significativos que informam uma ideia de *cuidado* mais ampla e

⁶¹ Tradução para *perspectivalism*. Ou seja, uma outra perspectiva. Não se trata da discussão sobre *perspectivismo*, tal qual aparece no trabalho de Viveiros de Castro (1996), por exemplo.

plural. Incluindo, por vezes, eventos e atores nada ortodoxos ao se pensar na ideia de atenção em saúde.

No processo da presente pesquisa eu pude adentrar instituições, espaços terapêuticos que colocam em ação a dependência química de maneiras específicas, através de mecanismos práticos e instrumentos terapêuticos específicos, mas que estão inseridas dentro do que anteriormente chamei de paradigma da abstinência. O objetivo principal dessas terapêuticas é poder proporcionar aos indivíduos objeto de cuidado uma mudança que resulte no abandono do uso de psicoativos. Seja através de psicoterapia, de internação hospitalar, de participação em grupos de ajuda mútua ou internação em comunidade terapêutica, o objetivo final é a abstinência.

Outro ponto essencial em se pensar nas trajetórias e deslocamentos individuais de dependentes químicos é que podemos visualizar a heterogeneidade de atores sociais que se associam em cada caso individual de cuidado. Se o foco estivesse voltado para algum *local* onde o cuidado é praticado de maneira múltipla – como o exemplo do hospital dado por Law (2004), no qual há vários espaços encenando múltiplas ateroscleroses coordenadamente –, teríamos outra visão da *rede*. Quando a rede é analisada a partir de uma individualidade humana nos eixos tempo e espaço, a multiplicidade é tão grande que a coordenação pode ser muito falha em muitos momentos. Em outro sentido, as trajetórias individuais permitem observar que esse cuidado com os usuários e dependentes de psicoativos não é praticado apenas institucionalmente. Dessa maneira podemos observar outros possíveis atores sociais que participam da *assemblage* dependência química, como amigos, família, polícia, instituições jurídicas, etc. Em alguns casos, o próprio traficante de substâncias ilícitas pode praticar o cuidado, quando deixa de vender pra quem está explicitamente muito alterado, ou quando deixa de receber produtos de roubo em troca de alguma substância.

Esses são os motivos para insistir no desenrolar dos processos de atenção e cuidado dentro de trajetórias de vida, não em algum tipo de interação sincrônica indivíduo-doente/prática-de-cuidado. Não se pensa na sincronia entre um indivíduo-dependente e uma relação terapêutica específica em um determinado momento, e sim no cuidado enquanto processo desenvolvido a partir de associações com outros atores sociais no decorrer do tempo. Analisar as trajetórias torna possível o olhar retrospectivo para os *usos normais* que esses indivíduos fizeram de substâncias psicoativas e quais atores sociais faziam parte dessas associações não problemáticas de uso. Creio que seja

muito raro alguém que só tenha tido más experiências se tornar dependente químico. É justamente a partir da busca pelas *boas experiências* que a repetição do uso se dá.

Durante o trabalho de campo para esta pesquisa foi possível de observar que os pacientes/clientes que participam de alguma modalidade terapêutica normalmente transitam por uma série de intervenções terapêuticas, muitas vezes contemplando modelos terapêuticos diferentes, entrando e saindo deste ou daquele por motivos diversos. E esses trajetos, caminhos ou *deslocamentos* não necessariamente representam passos ou etapas lógicas dentro de um sistema idealmente projetado, mas podem estar – e isto é bastante comum – relacionados a insucessos, dificuldades, rupturas ou problemas na interação entre os indivíduos e um ou outro modelo terapêutico e, inclusive, de assimilação do próprio *papel de doente*⁶². A importância de se explorar em pesquisas sociais sobre *drug treatments* o papel do paciente/cliente é ressaltada por Hunt e Barker:

Uma assertiva comum sobre quem se beneficia dos tratamentos é de que é o cliente (paciente, dependente, consumidor). Mas um exame mais próximo revela outros que também se beneficiam – ‘um conjunto especial de grupo de interesses’. Benefícios crescentes a outros irão variar dependendo do grupo envolvido e podem incluir tanto recompensas financeiras imediatas quanto um aumento do status profissional (...) Dada esta perspectiva, o desenvolvimento do tratamento para [usuários de] drogas pode ser visto de maneira mais útil como uma forma de industrialização, com o estabelecimento de uma organização econômica, na qual grupos profissionais dentro da sociedade têm procurado ganhar precedência legítima (Hunt; Barker, 1999, p.128).

Para esses autores, ainda, na pesquisa sociológica e antropológica sobre *drug treatments* há uma grande lacuna, que é exatamente a pesquisa focando nas experiências e no ponto de vista dos *clientes*. Os autores sugerem dividir os estudos sobre o tema em três grandes áreas, sempre levando em conta os conceitos de institucionalização e prática como forma de organizar a discussão a respeito dos *drug treatments*:

Macro valores socioculturais fundamentais, assertivas e organizações que sustentam opiniões nacionais a respeito das drogas e de tratamentos. Estes incluem vários arranjos e

⁶² A definição de *sick role* foi apresentada na pág. 47 deste trabalho.

restrições políticas, legais e econômicas, assim como políticas sociais (...) Institucionalização e práticas do nível *meso* tratando da adoção e ajustamento da ideologia e regulação nacional em um local específico, seja ele uma região, uma comunidade, ou (...) uma clínica de tratamento ou agência (...) O nível *micro*, o último e menos desenvolvido desses três níveis de institucionalização e práticas, investiga as experiências individuais de tratamento dos usuários de drogas (Hunt; Barker, 1999, p.127).

Há uma insuficiência de trabalhos científicos sobre o último desses níveis, que trata diretamente desses atores sociais que são parte essencial dos processos de saúde/doença. Não por acaso, a parte da relação terapêutica normalmente menos empoderada quando se pensa nos tratamentos para dependência química baseados na abstinência:

(...) o retrato do cliente dentro da maior parte da literatura reflete o processo de descontextualização que tem lugar dentro da clínica. Pesquisadores têm estado mais preocupados em documentar a utilização e eficácia dos serviços de tratamento e menos preocupados com a perspectiva dos clientes sobre o tratamento que recebem (...) *Cliente individuais, removidos de seu contexto social e cultural, são vistos como objetos a ser controlados e medidos. Eles são, de fato, transformados em figuras passivas nas quais uma modalidade de tratamento é aplicada* (...) Este setor da população raramente é visto como um grupo consumidor normalmente ouvido, cujas expectativas precisam ser levadas em conta no desenho ou operação de programas de tratamento eficazes (...) Esta pode ser uma razão para o porque de tão poucos pesquisadores terem considerado a visão dos clientes uma área de interesse importante. Nas etnografias, o foco está nos usuários de drogas retratados como participantes ativos na construção de uma vida social e uma identidade social. *Dentro do mundo do tratamento, usuários tendem a ser vistos como passivos* (...) Dada a preocupação recente com a maneira pela qual as ciências sociais têm construído o 'Outro', e na medida em que representações do 'Outro' ocultam relações sociais de poder, alguém pode apenas se perguntar porque os antropólogos e sociólogos neste campo têm falhado em considerar a maneira com que a sua omissão do cliente como um participante ativo contribui para a continuidade da definição do usuário de drogas meramente como um dependente mau caráter e estigmatizado cujo comportamento precisa ser modificado através de tratamento (Hunt; Barker, 1999, p.130-31).

A importância da perspectiva dos pacientes/clientes é que além deles normalmente não possuírem espaço – voz – nos debates públicos e científicos – quando o espaço é aberto podem apenas se expressar como doentes –, a maneira pela qual são performatizados terapeuticamente limita a sua atuação no mundo enquanto representantes políticos de si mesmos – trata-se de uma *alteridade patológica*. Os *usuários de psicoativos* criam movimentos sociais para defender seus direitos⁶³. *Dependentes químicos*, dificilmente. Se pegarmos as práticas de redução de danos há uma interface de representação política, ou de grupos que procuram deixar que os usuários de psicoativos sejam cuidados fora do eixo da patologia. Mas o interesse aqui não é na redução de danos e sim nas práticas terapêuticas voltadas para abstinência. Daí a importância de ouvir os pacientes/clientes a partir da escuta antropológica, exatamente na busca da reconstrução ontológica de suas individualidades e multiplicidades.

E aqui creio que devo me reportar à inspiração teórico-metodológica de construir uma tese em tais termos. Por que não desenvolver um trabalho sobre um modelo terapêutico específico? Por que não trabalhar dentro de um conjunto de teorias antropológicas que tocam no tema da saúde/doença e modelos terapêuticos? Por que não me dispor a abordar o papel de uma das diferentes instituições terapêuticas desta rede a partir de suas concepções e práticas diárias?

Mais do que simplesmente uma técnica de coleta dados, pode-se dizer que o trabalho de campo e de entrevistas praticado aqui se pautou pela dialogia, pelo conhecimento produzido em uma inter-relação específica, objetivada no momento da pesquisa, entre um pesquisador e os sujeitos pesquisados. Se havia indícios, a partir dos meus trabalhos de pesquisa anteriores, que apontavam para a circulação desses indivíduos por diferentes modelos terapêuticos, a tentativa foi de tentar reproduzir essa circulação que ultrapassa a possibilidade de um trabalho de campo puramente observacional ou focado na sincronia de uma relação terapêutica específica.

O interesse pelas histórias de vida e os itinerários terapêuticos está diretamente ligado à tentativa de fazer emergir um discurso prático sobre a vivência em espaços institucionais que fazem parte da rede de atenção ao uso de substâncias psicoativas prevista nas políticas públicas brasileiras sobre o tema. Muitas vezes as pessoas que buscam ou precisam de ajuda se perdem nos desencontros de um modelo de política

⁶³ Cito aqui dois exemplos: LANPUD (Rede Latino-Americana de Pessoas que Usam Drogas) – <<http://lanpud.blogspot.com.br/>>. Acessado em 10 out. 2013. E a Marcha da Maconha – <<http://marchadamaconha.org/>>. Acessado em 10 out. 2013.

pública que pode por vezes ser mais objeto de disputa política e/ou mercadológica do que orientado pragmaticamente na execução de conjuntos de ações de enfrentamento a um problema.

Na interface entre a amplitude de um modelo de políticas públicas e as experiências subjetivas de vivências institucionais que são organizadas por estas diretrizes, o mote desta pesquisa é apreender as movimentações, dificuldades, facilidades, sucessos, insucessos, encontros e desencontros com que a dependência química é negociada, rejeitada e assimilada por indivíduos que ingressam em processos terapêuticos, aos quais é implicado um *papel de doente*. Concordando com Biehl,

Não basta simplesmente observar que existem complicadas novas configurações de segmentos globais, políticos, técnicos, biológicos (etc.) ou que elas são temporariamente a norma. Precisamos ficar atentos às maneiras como essas configurações são constantemente construídas, desfeitas e refeitas pelo desejo e o devir de pessoas reais – vivendo no caos, no desespero e na aspiração, da vida em circunstâncias idiossincráticas (...) No horizonte dos dramas locais, no desenrolar de cada evento, nos altos, baixos e entornos de cada vida individual, podemos ver o reflexo de sistemas maiores em construção (ou desconstrução). E ao tornar públicos esses campos singulares – sempre à beira de desaparecer – o antropólogo ainda permite que processos estruturais e idiossincrasias institucionais mais amplos se tornem visíveis e seu verdadeiro impacto conhecido (Biehl, 2011, p.275-276).

No mesmo sentido, o autor ainda diz o seguinte, criticando a ideia comumente presente nas aplicações de políticas públicas de saúde, que tendem a ignorar as experiências práticas e subjetivas daqueles que são objeto de intervenção:

O fato é que as abordagens do tipo da “bala mágica” são cada vez mais a norma em saúde global – isto é, a entrega de tecnologias de saúde (geralmente novas drogas ou aparelhos) dirigidas a uma doença específica apesar da miríade de fatores societários, políticos e econômicos que influenciam a saúde (...) Nós precisamos de estruturas analíticas e capacidades institucionais que avancem além da repetição da história e enfoquem pessoas: envolvimentos na base que tratem as políticas de controle e de não intervenção, a fragmentação de esforços, a presença da heterogeneidade, o pessoal e o interpessoal, a inventividade das pessoas (...) As populações humanas que constituem os objetos de estudos de saúde e

desenvolvimento não são, entretanto, apenas fonte de problemas. Seu conhecimento prático pode muito bem conter soluções eficazes – conhecimento experiencial que é rapidamente desqualificado por patrocinadores de soluções técnicas em busca de resultados rápidos (Biehl, 2011, p.267-268).

Trata-se, então, de buscar nas trajetórias de vida analisadas a seguir inspiração para se repensar as políticas públicas de atenção aos usuários de substâncias psicoativas. Principalmente no que diz respeito ao papel preponderante que as terapêuticas baseadas na abstinência – e as exigências implícitas e explícitas implicadas nestas – assumem atualmente no Brasil e à falta de participação social e política dos atores sociais aos quais as políticas públicas são direcionadas.

As trajetórias de vida, como será demonstrado a seguir, são de intervenções, seguidas de períodos de abstinência e, por vezes, recaídas. No decorrer das trajetórias é possível de visualizar essas vidas formadas por *eventos interventivos*, mas que nem sempre marcam e transformam os indivíduos da maneira que são projetados para transformar. Nem sempre são *mediadores* do cuidado no sentido latouriano, de que transportam consigo *transformação*. Em algumas ocasiões, são *mediadores* de outros tipos de eventos, levando a desdobramentos muito diferentes daqueles que se poderia imaginar de antemão. Em outras, ainda, são apenas *intermediários*, apenas transmitem o seu significado, sem transformar.

A antropologia também é um campo de conhecimento, uma ciência, como as ciências biomédicas, mas um campo do conhecimento que procura constantemente se autoquestionar metodologicamente. Daí a explicitação de todos os passos da pesquisa até este momento, para demonstrar que o tipo de relação construída com esses pacientes/clientes foi de outra natureza. Não se tratou, em nenhum momento, de uma relação de escuta terapêutica. Nunca houve a necessidade de que eles me falassem sobre sintomas. A busca constante foi pela expressão ontológica desses pacientes/clientes, não pela sua expressão patológica ou sintomática. Em outras palavras, buscou-se entender como, e através da ligação com quais atores sociais um processo de dependência química pode ser colocado em ação.

A contribuição antropológica da presente tese para o campo da atenção aos usuários de substâncias psicoativas, a partir do conjunto de referências exposto neste capítulo, é exatamente tornar tanto as práticas de uso das substâncias psicoativas quanto

os processos de dependência química empíricos novamente. Apesar de a pesquisa estar voltada para modelos terapêuticos institucionais embasados na abstinência – que, como demonstrado, demandam aderência, sujeição –, também será possível de observar a partir das trajetórias de vida e da expressão ontológica desses indivíduos que mesmo nas situações interacionais em que supostamente estariam mais sujeitados, menos empoderados, eles podem ter controle da situação, calcular perdas e ganhos, se utilizar das situações em seu favor. Em suma, são agentes sociais plenos, mesmo que à primeira vista pareçam submetidos a esses sistemas terapêuticos e, ainda antes, sujeitos à expressão sintomática de uma denominação patológica embasada na noção de perda de controle sobre as ações – perda da capacidade racional, ou capacidade de agência.

7 – AS TRAJETÓRIAS DE VIDA DE INDIVÍDUOS EM SITUAÇÃO TERAPÊUTICA: A DEPENDÊNCIA QUÍMICA E O CUIDADO ENQUANTO PROCESSO

Com o intuito de finalizar a apresentação dos dados empíricos da presente tese, finalmente serão expostas as trajetórias de vida de indivíduos em situação terapêutica para dependência química. Como foi reiterado inúmeras vezes no decorrer deste trabalho, o foco principal do trabalho de campo não esteve voltado para os espaços institucionais visitados. Estes foram observados e descritos a partir dos moldes etnográficos, mas a narrativa sobre as instituições foi apenas o pano de fundo do trabalho analítico, que terá nas entrevistas apresentadas com os pacientes/clientes destes espaços terapêuticos o seu elemento principal. Em termos metodológicos foi utilizado o instrumento de entrevista não diretiva (aberta) ou semiestruturada (Thiollent, 1980) – Anexo B. As entrevistas foram realizadas apenas após a concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Anexo A – por parte dos sujeitos de pesquisa.

A escolha pelo uso de entrevistas em profundidade focando nas histórias de vida foi metodologicamente estratégica, exatamente porque permite partir das interpretações individuais sobre a própria identidade e relações sociais dos entrevistados. Os espaços nos quais foram coletados os dados tendem a formar grupos de identidade, mas não necessariamente. Seria ingênuo e perigoso partir da premissa de que por lá encontraríamos apenas dependentes químicos *de manual*, com todas as características generalizantes que são usadas para colocar em prática a noção de dependência química. A própria ideia de dependência química toma outros contornos se pensada dentro de uma *história de vida*. Não apenas porque ganha em termos de processualidade, fugindo dos essencialismos presentes nas abordagens patológicas sobre as práticas de uso de psicoativos e a dependência química, mas também porque permite visualizar em diferentes momentos de uma mesma trajetória distintas *assemblages de cuidado* reagregadas. É no desenrolar das trajetórias de vida de usuários de substâncias

psicoativas que fica possível de visualizarmos a dependência química reagregada com uma riqueza maior de elementos.

De acordo com Eckert (1997, p.36), nas narrativas biográficas pronunciadas no processo dialógico que constitui o encontro etnográfico é possível “reconhecer as redes de relações em que o ator se movimenta, por adesão e identidade, ou as que lhe parecem externas e determinantes, numa referência às negociações cotidianas do sentimento de pertencimento ou exclusão”. Desta forma, é possível atentar tanto para o conjunto de relações sociais que sustenta(va) as práticas de uso de psicoativos, quanto as que sustenta(va)m práticas de *cuidado* da condição patológica em diferentes momentos.

Parte-se do pressuposto de que a metodologia antropológica, desta forma, pode contribuir para performatizar o dependente químico a partir de sua própria ontologia, não necessariamente a partir da ontologia patológica, que expressa unicamente sintomas e morbidade. Em outras palavras, trata-se da busca por fugir das performatizações patológicas da dependência química, no sentido de que esses indivíduos não *são* (*ser dependente químico*) essencialmente ou unicamente dependentes químicos, embora tenham *estado* (*estar dependente químico*) dependentes químicos em determinados momentos de suas vidas. Em outro sentido, o olhar atento para suas trajetórias de vida informam, a partir das ideias da sociologia do social apresentadas no capítulo anterior, quais os atores sociais que em momentos específicos se associaram para performatizar a dependência química ou o uso problemático de substâncias psicoativas. A ideia é demonstrar que aquilo que se entende por *tratamento* ou *terapêutica* é, muitas vezes, apropriado por esses indivíduos de maneiras imprevistas. Ou então que situações e associações entre atores sociais bastante heterodoxas podem se agregar para praticar o *cuidado em saúde* aos dependentes químicos.

7.1 Leandro

Leandro, natural de Porto Alegre, trabalhava para o Programa de Auxílio Comunitário ao Toxicômano (PACTO) – instituição apresentada no capítulo cinco da presente tese – como monitor quando nos conhecemos, mas há 20 anos ele também havia passado pelo programa terapêutico da instituição. O conheci participando das atividades do PACTO – encontros de “graduados” e para familiares de internos na

fazenda – na Igreja Nossa Senhora Aparecida, no bairro Cidade Baixa, em Porto Alegre. Na época da realização da pesquisa de campo, além de ser presença constante nas atividades acima citadas, auxiliando os diretores, ele intercalava turnos e plantões com outros monitores na Casa de Triagem da instituição PACTO.

Com 40 anos quando nos conhecemos, sua história de relação com as substâncias psicoativas começa bastante cedo, pois seu pai, policial militar, bebia bastante e o agredia na infância. Seu contato precoce com os psicoativos, entretanto, não se resume às consequências negativas de um mau uso por parte de seu pai, mas ele próprio também foi iniciado, dentro do ambiente doméstico, no consumo de álcool:

Na verdade, a primeira droga que me despertou assim foi o álcool, porque meu pai bebia, quando ele limpava o pátio, essas coisas, ele deixava a garrafa de cachaça ali (...) acho que eu tinha oito anos de idade quando tomei o primeiro porre. [*Escondido?*] Cada vez que meu pai estava de folga em casa ele aguava o pátio, com a mangueira assim pra não dar pó né, e ficava bebendo ali, e eu ficava com ele (...) aí molhava a língua, mas uns dois, três golinhos já me embebedei né, era criança. Esse foi o primeiro porre né, que o cara fala. [*E ele estava junto?*] Ele estava ali né, depois me deu um pauzão [me agrediu] (...).

Seu pai morreu em decorrência do uso de álcool, vítima de câncer na garganta, e chegou a ser internado em uma clínica para dependentes químicos de Porto Alegre conhecida como “Zé das Drogas”. Um de seus irmãos também morreu em decorrência do uso de psicoativos. Segundo Leandro, este irmão usou por “apenas dois anos”, mas estava internado no Hospital Conceição com meningite, fugiu para fazer uso e veio a falecer. Outro de seus irmãos morreu assassinado, com cinco tiros. Ele também tem cinco irmãs, todas sem problemas com uso de psicoativos. Leandro saiu de casa com nove anos de idade, fugindo da violência praticada por seu pai, que inclusive foi expulso da Brigada Militar por mau comportamento. Além do uso de álcool, seu pai fazia uso de outras substâncias e se envolveu em outros episódios violentos:

Eu fui crescendo né, e o cara vai avaliando né, o cara vê os braços do pai tudo furado... Antes de ser da Brigada tinha matado um cara lá (...), que mexia com a minha irmã e coisa e tal, aí foi preso, mas saiu porque foi legítima defesa, aí vem tudo à tona né, mais cedo ou mais tarde a gente acaba descobrindo.

Assim que fugiu de casa viveu por dois anos no centro de Porto Alegre em casas abandonadas e pedindo comida nas residências. Com onze anos mudou-se para o Campo da Tuca, bairro pobre e periférico que tanto naquela época (década de 1980) quanto hoje conta com “bocas de fumo”, cujo controle é feito por agrupamentos criminosos. Nesta nova etapa se juntou com outros meninos que faziam arrombamentos e roubos e estabeleceu residência na região, com esta mesma turma. Começou também, primeiramente, a fazer uso de solventes químicos inalantes, como “loló”, “cola”, “drogas de gurizada”. Mas, em pouco tempo, descobriu que o grupo fazia uso de cocaína:

Entrei pra Tuca, aí tinha os amigos “de ativa”, que hoje o cara fala, entendeu, e eu roubava com eles e tudo, só que eles usavam cocaína, e eu não usava (...) só que numa turma assim, se tu não usa, tu é excluído, entendeu?! Então eu tava sempre com dinheiro, sempre com arma, com isso, com aquilo, e o dinheiro tinha que fazer girar, e eles tavam sempre pelados, sem dinheiro, porque usavam cocaína, aí eu paguei pra eles (...) Aí eu usei a primeira e deu (...).

Em casa não teve qualquer tipo de orientação a respeito do uso de substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas. No geral, diz que não teve qualquer educação ou mesmo infância, dada a situação e época precoce com que saiu da casa de sua família. A *prevenção do uso problemático de psicoativos* passou muito longe da trajetória de Leandro. Começou uma trajetória de uso através do álcool, ainda criança, e inalantes em seguida, durante dois anos subsequentes à época em que saiu da casa de seus pais para viver na rua. Com onze anos Leandro começa a cheirar cocaína. Em seis meses já estava tomando a substância por via intravenosa. Além disso, diz nunca ter deixado de beber álcool e também que usou outras substâncias que “a gurizada de hoje nem sabe o que é”, principalmente medicamentos psicotrópicos (Reativan, estimulante; Optalidon, analgésico), alguns deles necessitando preparação (como filtragem de comprimidos para usar via intravenosa). Relatou, por exemplo, que a “pancada” do Reativan, tomado na veia, era mais forte que de cocaína e de crack, apesar de nunca ter feito uso desta última.

Durante o período compreendido entre seus 12 e seus 22 anos de idade, então, Leandro e seu grupo de amigos/assaltantes usou principalmente cocaína injetável, mas associando a outras substâncias lícitas e ilícitas, “o que aparecesse”. Segundo seu relato, usavam todos os dias até umas cinco, seis horas da manhã, dormiam um tanto e

“acordavam meio dia já pensando em como fazer pra usar droga”. Neste período ele viveu no Campo da Tuca, em Porto Alegre, e sobrevivia apenas da atividade criminal, afastado da família e do que poderíamos chamar de “boa sociedade”. Segue um relato de suas atividades durante esse período:

Bah, eu só roubava. Só roubava. Só roubava pra usar droga (...) Morava com uma galera ali na vila. No começo quando eu fui pra ali a gente (...) Eu comecei a trabalhar de carroça com eles. Vendia verdura, essas coisas (...) Aí depois: ‘ah, vamos roubar?’ Vamos! E aí virou uma bola de neve, entendeu?! A gente roubava todo dia daí, depois [Na vila, no centro?] Bah, a gente ia pra Três Figueiras, Petrópolis, não roubava na vila. Quem rouba na vila é chinelão né. Quem rouba na vila tem as mãos furadas de bala, entendeu?! Roubava só “burguês”, só gente rica (...) Cada pessoa tinha sua tática né. A gente apertava os interphones, apertava várias vezes e aquele que não respondia, entendeu, dava um jeito de entrar. Apertava nos outros que tinha gente, falava que era o carteiro, falava alguma coisa e quando eles abriam o portão de baixo a gente já sabia: ‘o 302 não tem ninguém’. Aí pegava um jornal, molhava com a língua e tampava o olho mágico dos outros. E aqueles que não tinha ninguém a gente arrombava.

Sua carreira na criminalidade está diretamente ligada a uma situação de abandono familiar (social), primeiramente, que depois entrou em consonância com o uso de substâncias psicoativas de grande grau de abuso. Sua trajetória foi permeada de tentativas frustradas de intervenção do Estado. Entretanto, nunca foi objeto de qualquer tipo de intervenção assistencial ou que aqui neste trabalho defino como de *cuidado*. Foi capturado pelo regime de controle e punições muitas vezes. Antes dos 18 anos de idade já tinha trinta passagens pela extinta FEBEM⁶⁴, sendo que em praticamente todas conseguiu fugir. Posteriormente, já na idade adulta, quando não usava o nome de seu irmão menor de idade durante as abordagens policiais, se fazendo passar por menor, negociava a sua soltura e de seu grupo através de subornos e pagamentos aos policiais. Como ele mesmo me disse, é muito difícil de sair da vida do crime, havia períodos que seu grupo “trabalhava” apenas para pagar as taxas policiais. Relatou que apesar de ter

⁶⁴ Fundação Estadual para o Bem Estar do Menor (FEBEM), cuja nomenclatura mudou no ano de 2006 para Fundação Centro de Atendimento Socioeducativo ao Adolescente (Fundação CASA). A readequação de nomenclatura e propósito institucional veio em 2006 respeitando o Estatuto da Criança e do Adolescente. A título de informação basta lembrar que a antiga FEBEM funcionava basicamente dentro de um modelo prisional para infratores menores de idade (Mallart, 2011).

feito durante esse longo período uso intenso e diário de várias substâncias, nunca deveu nada para traficantes, apenas para policiais.

No ano de 1993, com 22 anos, Leandro passa pelo tratamento de nove meses na comunidade terapêutica PACTO, que àquela época possuía algumas características diferentes das atuais, principalmente no que se refere à estrutura física. No que se refere ao programa terapêutico, pouca coisa mudou de lá para cá, mas pode-se dizer que houve uma maior inserção de profissionais da área da saúde no corpo de prestadores de serviço. As circunstâncias de ingresso de Leandro no PACTO são interessantes, na medida em que esta situação terapêutica lhe permitiu reorganizar sua vida de uma maneira que talvez ele não pensasse que fosse possível. Ainda que esteja 20 anos distante do presente, a situação narrada a seguir aponta para a importância da atuação (intervenção) *in loco* quando falamos de pessoas em situação de vulnerabilidade social. Não fosse a presença de um agente humano catalisador entre uma trajetória “desviante” e um “novo projeto de vida”, dificilmente Leandro teria conhecido a instituição que lhe deu essa possibilidade:

[*Como você foi parar no PACTO?*] Foi uma freira franciscana. Vestida toda de marrom assim. Uruguaia ela. Daí ela me via. Quando ela me via chapado ela dizia: “Quer ajuda? Bah, eu vou te ajudar e não sei o que”. [Isso] lá na vila. Ela fazia serviço comunitário na vila (...) E daí ela me oferecia ajuda e coisa e eu sempre enrolava ela: ‘não, não, não, tô legal’. Sempre respeitei ela, né. Da igreja e tudo. Daí chegou um certo dia que eu bah, meu (...) Já conhecia do serviço comunitário na vila. Acho que o trabalho missionário delas, eles definem assim um local pra elas irem e elas ficam ali anos. Ela morava ali perto, fazia serviço comunitário. Agora eu sei que ela foi pro Uruguai, depois ela foi pro Maranhão, eu mantenho contato com ela, por carta. [*Nas primeiras abordagens dela, ela já sabia que você era usuário de drogas?*] Sim. Tava nítido, né, tava na cara. Vivia chapado toda vida na vila. Às vezes eu falava pra ela: “pode deixar que eu vou ir”, no local que ela falava, mas nem aparecia. E ela era uma pessoa experiente né, trabalhava com drogados. Depois de muitas tentativas dela né, da insistência [eu aceitei ajuda]. Na verdade, a ajuda tava ali pra mim, o tempo todo, mas eu só aceitei quando eu tava esgotado, tá entendendo. Ela foi a grande mentora de toda a minha recuperação, isso com certeza. Foi um dos pilares que me ajudou. Foi o que me ajudou, de tanto ela

insistir. E ela me chamava pra ir pra PACTO. Ela cuidou muitos anos da mãe de um diretor da PACTO, tinha 92 anos essa senhora, que faleceu. Ela conhecia né, a PACTO e sabia o caminho, mas eu não queria né. Mas depois que eu tava destruído, física e mentalmente, eu aceitei tudo.

Quando Leandro participou do programa de recuperação o espaço da instituição era diferente. A fazenda estava funcionando há apenas dois anos e a Casa de Triagem era situada em outro local, no centro de Porto Alegre. Mesmo assim, em seus primeiros anos já contava com alguns procedimentos ainda hoje adotados, como a exigência de uma série de exames de saúde e avaliação psicológica antes do ingresso. Da mesma forma, antes de irem para a fazenda, os candidatos a internos ficavam por um tempo na Casa de Triagem, que nesta época era apelidada de “submarino” pelo seu espaço reduzido. Era possível que apenas quatro internos residissem lá ao mesmo tempo, e o período de permanência era de 35 dias, não de 15, como atualmente. Alguns outros procedimentos já não são mais adotados, como aponta Leandro:

Antes tinha que ter oito reuniões na PACTO pra depois internar, tinha que mostrar que queria. Passava por uma desintoxicação de 30 dias, em hospital. Ou era o CdQuim, [Hospital] Parque Belén, a minha eu fiz no [Hospital Psiquiátrico] São Pedro. Em algum hospital tu tinha que ir pra desintoxicação de 30 dias. Porque a maioria né cara, no meu tempo era, vinha quebrado até às vezes, todo detonado. Hoje em dia não, né (...) No meu tempo até o tratamento era mais pegado né. Naquele tempo não entrava remédio psiquiátrico dentro da fazenda. Era só na base da disciplina, velho. (...) Mas aí fazia a desintoxicação de 30 dias. E a gente ganhava um papelzinho, no hospital eles sabiam que a gente ia pra PACTO, aí a gente podia sair pra frequentar as reuniões durante a internação (...) Mas na internação ficava lá, comendo, suando. Não tinha muitos remédios, na época (...) [Atividades?] Tinha só pingue-pongue, sinuca, essas coisas. [Grupos?] Tinha, tinha. Tinha um trabalhinho ali, uns grupos, pra te fazer abrir a cabeça. Mas tu pegava um cara mais à vontade, o cara vai ficar enrolando ali. Não tinha uma laborterapia, não te cobravam ter que arrumar tua cama. Não te cobravam uma disciplina.

É possível de observar uma valorização dos ideais que norteiam a instituição PACTO (trabalho, disciplina, oração) no discurso de Leandro, quando este relembra o que foi a desintoxicação hospitalar no Hospital Psiquiátrico São Pedro. Apesar de ter

ficado na ala dos Dependentes Químicos, relatou ter ficado assustado com os “loucos” que por lá moravam e circulavam: pessoas nuas, enroladas com jornal, dentre outras cenas. De acordo com seu relato, após o período de desintoxicação e de passagem pela casa do centro foi pra fazenda e cumpriu os nove meses “aos trancos e barrancos”. Nas suas próprias palavras, ele identifica algumas diferenças do programa terapêutico do PACTO na época em que ele esteve internado em relação ao que é o programa e a fazenda na atualidade:

Foi difícil né, meu. Na minha época era mais difícil. A fazenda era bem diferente, estava no começo (...) Hoje é um SPA! Hoje é um SPA! Daí é isso. Não recebi carta, não recebi visita. Recebia das pessoas do PACTO, carinho e coisa (...) E quando eu saí da fazenda, com certeza se eu tivesse ido pra rua eu tinha recaído. Pois eu não tinha aquela estrutura familiar. Daí eu fiquei no PACTO, na triagem. Ficava cuidando ali. Depois eu fui pra Campinas, fazer curso de monitor. Depois fiz mais dois cursos de monitor em Porto alegre, entendeu. Daí tu fica lá dentro. Trabalhei em 1994, 95 e 96, depois saí e fui trabalhar na rua, por conta [própria]. Abri uma [loja agro] pecuária pra mim, trabalhava com banho e tosa. Mas dava muito tiroteio perto, não dava pra ficar lá. Era na vila mesmo, na Tuca. Dava uns tiroteio e tudo, mas eu não me envolvia com mais nada (...) [*E voltar pra esse “ambiente de ativa”, como foi?*] É uma coisa mais profunda isso aí, entendeu. A droga tá em todo lugar. Na distância da minha mão, tá a droga, entendeu?! Tem droga na farmácia, tem droga no mercado. Então assim ó, se o cara quer velho (...) Eu não fiz uma fuga geográfica. Tem pessoas que fazem uma fuga geográfica. Por isso que eu digo: ‘tá tudo na mente do cara’. A fuga geográfica, se o cara vai, e depois usa isso, manipula isso: ‘ah, aqui nessa cidade ninguém me conhece, ninguém vê’. Aí vai e pensa: ‘ah, vou poder dar um tapa numa maconha, tomar um gole só’. Aí o cara tá ralado. Eu não fiz a fuga geográfica (...) Mas assim, saí da fazenda com uma perspectiva de vida né meu. Porque a mente parada é a oficina do diabo. E graças a Deus eu nunca recaí. Talvez por estar afastado da minha família, não tive aquela cobrança pela recuperação, a não ser comigo mesmo, sabia que tinha que cobrar de mim mesmo. E muitas vezes essa pressão da família atrapalha o cara, é a família que tá doente junto, né.

Na narrativa de Leandro é possível de observar a importância da instituição PACTO na sua retomada de vida *pós-programa terapêutico*, pois lhe permitiu uma perspectiva de inserção no mercado de trabalho como monitor de comunidade terapêutica. E mais, não ficou preso ao PACTO, tanto que circulou por outras

comunidades terapêuticas trabalhando, fez cursos em outros estados. Assim que saiu do tratamento passou três anos trabalhando no próprio PACTO. Depois resolveu abrir uma loja de pecuária no mesmo bairro em que havia morado grande parte de sua vida, o Campo da Tuca. Devido à violência no entorno de seu comércio, depois de um tempo fechou o negócio e voltou a trabalhar para o PACTO no ano de 2003, onde se encontrava até a ocasião em que nos conhecemos, durante a realização do trabalho de campo para a presente pesquisa.

Leandro não deixou de chamar a atenção para a importância de um acompanhamento continuado pós-intervenção terapêutica, coisa que muitas vezes a biomedicina ou a psicologia não conseguem proporcionar de maneira tão intensa, pois, segundo ele, “não dão uma sequência”, limitam-se aos processos interventivos pontuais. Ele também levantou a questão sobre o que fazer nos períodos entre as consultas médicas ou psicológicas uma vez por semana se o indivíduo tiver problemas nesse meio tempo, ou como abordar questões e problemas que surgem no dia-a-dia, uma vez que os terapeutas biomédicos ou psicólogos não estão disponíveis todo o tempo para atender seus pacientes. Desta forma, Leandro ressaltou a importância das reuniões, seja de grupos de graduados, seja de grupos anônimos de ajuda mútua. O importante, segundo ele, é manter uma sequência no processo de recuperação e se engajar, não ficar dependendo dos outros. Mas, de acordo com sua interpretação, deve ser escolha de cada um que sai da fazenda procurar essas alternativas de manutenção da recuperação.

Os grupos citados – de NA e de graduados em comunidades terapêuticas – trabalham, cada um à sua maneira, questões de “espiritualidade”. Ao que tudo indica este é um elemento essencial para a recuperação tanto no programa terapêutico de muitas comunidades terapêuticas e também dos grupos de ajuda mútua como Narcóticos Anônimos. O próprio Leandro costuma dizer aos internos do PACTO que não devem deixar de frequentar suas respectivas religiões ao menos uma vez por mês, independentemente se são evangélicos, batuqueiros, católicos. Ele próprio, Leandro, frequenta tanto o grupo de graduados do PACTO quanto reuniões de Narcóticos Anônimos desde que saiu da fazenda há vários anos e aponta uma interessante distinção entre os dois ambientes. Nas suas próprias palavras:

Não é só porque eu trabalho em comunidade [terapêutica] que eu não preciso ir. Pelo contrário, aí que eu preciso mais. Me carrego de coisas negativas e aí que eu preciso. E muita gente

recai por isso né. Acha que não precisa porque faz reunião com os internos. Mas fazer reunião com os internos é uma coisa. Aquela reunião que eu faço ali na Sagrada Família não conta pra mim como reunião. Todo mundo olha pra mim como monitor, pede informação, etc., tipo ‘eu sou o cara’. Pra mim não vale. Pra mim vale aquela reunião que eu vou como eu mesmo. Pra mim vale mais o NAREP [grupo de graduados]. NA não [gosto] tanto porque não tem retorno, não pode dar retorno. Eu vou, eu gosto, tem as fichinhas. Mas se eu vou lá e falo ‘ah, eu tô me pegando, briguei com a minha mulher, bati o meu carro’. Se for na nossa [de graduados] eu vou levantar a mão e dizer para o coordenador: ‘ô velho, tu não quer tua mulher, tu não quer o teu carro? Eu não tenho carro nem mulher. Se tu não quer teu carro nem tua mulher, dá pra mim velho, que eu vou saber administrar’. O cara dá um pegão. Dá um balanço no cara (...) Em NA não tem retorno, o cara só bota pra fora e não tem retorno (...) Na nossa, no NAREP, tem retorno. O cara vai chegar e falar pra mim: ‘o meu, e essa cara de vaca aí?’ Ele não vai querer saber que eu sou tal, que eu tenho 20 anos. Se ele tiver que introduzir o remédio aqui na minha orelha, ele vai introduzir (...) Esse é o grupo que eu mais frequento. NA eu vou de vez em quando só.

Além da questão da “espiritualidade”, fica claro a partir das vivências de Leandro – enquanto ex-interno de comunidade terapêutica e também como monitor desse tipo de instituição – que o contato com atividades terapêuticas pós-internação tende a ser um fator importante na manutenção do “processo de recuperação” para indivíduos que entram em processos de abstinência total do uso de substâncias psicoativas. Além disso, ao final de nossa conversa, Leandro afirma que o tratamento em comunidade terapêutica tem índice de sucesso de 100% “para quem quer”, e que o abandono do acompanhamento pós-internação está ligado, muitas vezes, à própria interpretação das famílias de dependentes químicos que consideram que os “graduados” em comunidade terapêutica estão “curados”.

7.2 Bernardo

A trajetória de Bernardo pode ser vista como um tanto turbulenta, apesar de ele ter vivido uma infância tranquila junto de seus pais em uma cidade média – por volta de 260 mil habitantes – situada no centro do Rio Grande do Sul. Na época da entrevista

com 25 anos de idade e morando na Casa de Triagem há 10 dias, ele chegou à Comunidade Terapêutica PACTO através de circunstâncias policiais/legais. De acordo com seu próprio relato e de funcionários da instituição chegou de madrugada, trazido a Porto Alegre de ambulância pela polícia, algemado, e com muitos ferimentos pelo corpo. Este seria o ápice negativo em sua trajetória de vida no que toca ao uso de substâncias psicoativas, associada nos últimos três anos principalmente à substância *crack*.

Antes disso relata ter vivenciado uma infância tranquila e harmoniosa, com ambos os pais e irmão presentes. Seu pai é dono de oficina mecânica, mas trabalhou durante muito tempo em uma empresa da cidade e, segundo Bernardo, já podia ter inclusive se aposentado. Sua mãe faz o trabalho doméstico na própria casa e ajuda a cuidar de uma vizinha idosa, mas já trabalhou de empregada doméstica em outras residências inclusive, por 15 anos, na casa da irmã de uma importante figura política do estado do RS. Esta mulher cuja casa a mãe de Bernardo trabalhou por muitos anos é madrinha de seu irmão.

Sobre as condições socioeconômicas da família ele me relatou que não são pobres e que, dentro de suas possibilidades, seus pais sempre deram tudo que ele e o irmão pediam. Seu irmão é quatro anos mais velho e rompeu relações com Bernardo há algum tempo por causa de episódios negativos associados ao uso de substâncias psicoativas. Fez questão de me dizer que sente uma pequena inveja do irmão desde a adolescência, pois este ganhou carro, ganhou moto, e ele não. Falando sobre a infância feliz que teve, Bernardo ressalta como boa lembrança um período em que seu avô materno cuidava de uma grande fazenda em uma cidadezinha próxima à sua residência.

Fora seu avô materno, que faleceu em decorrência do uso de cigarro, me disse que vários familiares seus bebem ou bebiam socialmente, mas que não se lembra de ninguém tendo problemas associados ao consumo de álcool ou de substâncias ilícitas. Diz ser ele próprio a “ovelha negra” da família. A residência de seus pais fica em uma parte do centro já próxima de um bairro residencial, que inclusive possui vilas e “bocas de fumo”, segundo Bernardo. Quando era pequeno seu pai já o alertava a respeito da “turminha dos que não trabalham, dos que vendiam droga”, dizendo que ele, Bernardo, não deveria usar tais substâncias, pois faria apenas mal à sua saúde. Em outro sentido, dizia seu pai que ele poderia se dar mal e parar na cadeia. Com intuito de educar através

do medo, assustando-o, seu pai dizia que se isto ocorresse nem ele nem sua mãe iriam visita-lo na cadeia.

Resumidamente, Bernardo analisa sua vida como bastante tranquila até os 18 anos, até ser dispensado do exército. Seus estudos se deram na rede pública da cidade, tendo reprovado na 8ª série do Ensino Fundamental e abandonado a escola no 2º ano do Ensino Médio. Sua adolescência também foi tranquila e feliz, de acordo com seu relato. Disse que tinha um grupo de “amigos de verdade, daqueles que caminham pra frente” Eles se reuniam para andar de bicicleta pela cidade, construía rampas e ficavam andando, tomando refrigerante ou até “uma [cerveja] gelada”. Seu primeiro contato com substâncias psicoativas foi ainda na infância, dentro do seio familiar e com substância lícita. Este contato é considerado natural por Bernardo. Um pouco mais tarde descobriu também a maconha:

Pra tu ver. O que eu comecei mesmo foi o álcool, né (...) Tipo assim, primeira vez foi assim, vem teu pai e fala: ‘ah, toma um golinho’. Isso é normal, né, todos os pais fazem. Teu tio: ‘bah, toma um golinho’. E tu já: ‘bah, tomar um golinho, vou querer tomar dois, vou querer tomar todo o copo’, eu ficava pensando já quando era pequeno (...) E depois sozinho né. Tinha uns 15 anos quando foi pra valer mesmo (...) Tinha vários amigos, mas amigos de verdade né. Amigos pra valer, igual aqui [PACTO] sabe, os caras caminhando pra frente. Não esses amigos por causa de droga, por causa de dinheiro (...) a primeira vez que eu usei maconha foi com 16 anos, com um amigo que tinha ganhado e me ofereceu. Dessa primeira vez fiquei muito chapado, fiquei diferente. Depois deu um tempão até eu fumar de novo.

Por volta dessa idade Bernardo começou a mudar de turma, deixando de lado a “turma das bicicletas” pra começar a sair com a turma do seu irmão mais velho, mas que ele também conhecia, pois eram todos da vizinhança. E passou a frequentar postos de combustível com “carros, som e gelada”. Também começou a praticar rachas de carro pelas ruas da cidade. Isto ocorreu no mesmo período em que ele passou para o turno matutino da escola, sendo que antes estudava pela tarde. Esta dupla mudança o fez começar a interagir com outras pessoas, algumas mais velhas, outras vindas de bairros pobres da cidade. Eram colegas de círculos sociais diferentes aos que Bernardo interagira até então. Neste novo contexto a maconha entra na vida de Bernardo de maneira mais recorrente, já que ele passa a fumar quase diariamente e começa a “subir o

morro” para comprar a substância para si mesmo e às vezes também para outros amigos. Esse comportamento de “viver chapado” chegou inclusive a chamar a atenção da vizinhança da família de Bernardo, a ponto de alertarem seus pais.

Mas mesmo tendo sido flagrado por seu pai com “10 reais” de maconha Bernardo sempre conseguiu “sair pela tangente”. Nesta ocasião disse que havia comprado para um amigo. Ou seja, conseguiu de alguma forma convencer seus pais de que não havia nada de errado, mas não no sentido de que os convenceu de que o uso era normal, mas no sentido de que não era ele que usava e sim seus amigos, dentre outras estratégias. Ainda assim continuou estudando, mas cada vez mais distante do dia-a-dia escolar, na medida em que começou a matar aulas e “se aproximar das meninas”. O fato de ser usuário de maconha inclusive o ajudou a conquistar algumas garotas, de acordo com seu relato.

Algum tempo depois conheceu outra substância, a cocaína, em uma época que coincide com o seu abandono da escola e a conquista de uma maior liberdade ou libertação do seio doméstico/familiar. Bernardo relatou que com 18 anos “já estava solto”, ia a festas, formaturas e amanhecia na rua. A turma de amigos que ele estava inserido nessa época fazia uso de cocaína, mas não ofereciam para ele, já que o mesmo não contribuía com dinheiro. Mas uma noite, em uma festa de um conhecido seu “metido a *playboy*”, que financiava garotas e “drogas” para todo mundo, Bernardo foi iniciado. E de maneira bem intensa, pois ele disse que a festa durou das 22hs de um sábado até às 17hs do dia seguinte. Ele relata ter chego a esta festa às 5hs de domingo. Apesar disso, Bernardo considera que a cocaína nunca foi problema para ele, pois nunca chegou a “viciar”. A sua narrativa indica que fazia uso de cocaína principalmente associado ao álcool:

(...) fiquei um ano usando cocaína. Usava só final de semana, ou quando tinha festa, aniversário, ou quando ia ao posto. Tipo assim, usava quando tinha festa ‘pegada’, quando tinha festa assim de 15 caixas de cerveja (...) Só com álcool, só com álcool. Sempre tinha um dinheiro guardado assim, tomava um fogo alto e aí tinha que ‘dar um teco’ [cheirar cocaína], senão ia vomitar. Pra voltar ao normal. Eu bebia, bebia, quase até desmaiar. Aí uma hora tinha que dar um teco pra voltar ao normal, ou então parar de beber né. Mas aí pensava: não, eu vou é dar um teco (...) Mas não foi o que me pegou, o que me trancou, só usar cocaína e maconha também. Cocaína meus pais nunca descobriram, só agora né, quando vim ser internado. É que

cocaína é uma droga limpa né, não tem flagrante, não deixa cheiro. Maconha tem cheiro, a pedra tem cheiro, é escancarado, álcool, cigarro. O único flagrante é se tu ficar assim né, fungando. Cocaína eles nunca descobriram. Cocaína chegou um tempo que eu mesmo não queria, tinha muita coisa ruim, muita mistura.

Quem ofereceu crack a primeira vez para Bernardo foi um cliente da oficina do seu pai. Bernardo perguntou se ele tinha um cigarro de maconha e o cliente ofereceu uma pedra de crack. Bernardo chegou a desmaiar no primeiro uso, o que irritou o rapaz que ofereceu. Mandou-o embora. O uso diário e constante não se estabeleceu de pronto. Diferentemente do que muitas vezes ouve-se falar na mídia, mesmo para a dependência de crack é necessário o desenrolar de várias ocasiões de uso. Ao mesmo tempo, o relato de Bernardo demonstra uma situação que é bem característica do uso de crack mesmo para iniciantes: as ocasiões de uso tendem a se prolongar; usa-se sem parar até o esgotamento físico ou financeiro. Na segunda ocasião de uso um conhecido seu estava com três gramas de crack, o que daria mais ou menos 25 pedras, e fumaram tudo para depois comprar mais. Bernardo diz que na décima vez que usou crack já “andava sozinho”. Já comprava e ia atrás da substância, diferentemente do começo quando fumou com pessoas que já tinham a substância ou compravam para ele.

Com dois meses de uso (23 anos), Bernardo, que na época trabalhava como auxiliar na construção civil, já passava o final de semana inteiro fumando crack, comprometendo toda sua renda. De acordo com seu relato, no primeiro ano de crack ainda conseguia espaçar as ocasiões de uso, ainda que cada uma delas fosse bastante intensa. Já os últimos dois anos até 2012 foram “pegados”, com muita frequência de uso. Apesar de vários indícios anteriores de que Bernardo usava substâncias psicoativas, lícitas e ilícitas, sua família só começou a perceber mudanças mais drásticas, que apontavam para algum tipo de problema, quando ele começou a vender suas próprias coisas e também coisas da família de dentro de casa:

Quando eu comecei a não comprar roupa, não comprar cigarro. Comecei a não adquirir nada. Tava trabalhando e tudo, mas eles não se ligaram que eu não tava comprando nada, não tava adquirindo nada (...) Abandonei o estudo e depois tentei voltar pro EJA [Ensino de Jovens e Adultos] mas fiquei só 6 meses e larguei. E fazia só pra dar um migué, saia com dois caderninhos e pedia dinheiro pra comprar cigarro. Aí ia lá e comprava uma pedra. E fiquei um bom tempo dizendo que ia pra aula, até um

dia que descobriram (...) O que eu já fiz pra conseguir dinheiro tu não acredita. Já roubei de tudo. Não na rua, mas dentro de casa. Porque o que eu pensava? Se eu roubar no meu vizinho ele vai me denunciar, eu vou ser preso ou vão me dar um tiro, me matar, então vou roubar dentro de casa, eu sei que meu pai não vai fazer isso pra mim. Mas chegou um dia que ele chamou a polícia. Depois de 25 anos a polícia nunca tinha aparecido na frente de casa, nem por causa de mim nem do meu irmão. Aí comprava um tênis de R\$ 100,00, R\$ 200,00, não dava uma semana vendia por R\$ 20,00. Calça, moletom. Vendia na boca, vendia nos vizinhos. Saía oferecendo (...).

Na época Bernardo tinha uma namorada, que acabou o abandonando posteriormente. Enquanto estavam juntos, ela, por mais de uma vez, ofereceu ajuda para ele. Além disso, seus próprios pais lhe pediram que parasse com o crack e voltasse a estudar. Bernardo aceitava a sugestão, mas não mudava suas atitudes, apenas iludia os seus próximos com promessas. Chegou inclusive a roubar bens de dentro da casa da namorada, quando os pais dela estavam viajando e ele a acompanhava para não ficar sozinha. Assim, a primeira intervenção terapêutica de Bernardo se deu no contexto de seguir os conselhos de sua namorada e seus pais. A família de sua namorada conhecia um lugar que algum conhecido deles já havia se tratado. Foi encaminhado, via SUS, para a ala de dependência química de um hospital na cidade de Nova Palma, na metade do ano de 2010. À época seu pai estava hospitalizado com problemas de saúde e Bernardo relatou que aceitou o tratamento, via internação hospitalar, principalmente para orgulhar seu pai saindo limpo [abstêmio] do hospital. Mesmo com este intuito nobre fumou crack na noite anterior à sua internação.

Fora as rotinas normais de uma ala hospitalar de dependência química – também relatada por outros entrevistados, tais como tomar medicamentos psicotrópicos, comer e dormir –, Bernardo relatou alguns eventos peculiares que tornaram agradáveis o tempo que passou por lá: o fato de ser permitido fumar em horários específicos, e o fato de ter mantido relacionamento afetivo/sexual com uma fisioterapeuta casada da instituição, dentro do ambiente hospitalar. Foi este último fato que o fez sair antes dos 42 dias que iria permanecer internado – sendo os primeiros 21 dias o padrão da internação, que podem ser renovados por mais três semanas.

Após a equipe do hospital descobrir o *affair* dele com a funcionária, Bernardo recebeu alta. Indicaram para que ele frequentasse o serviço ambulatorial do CAPS na sua volta à Santa Maria, orientação que Bernardo ignorou. Mesmo assim, após sua saída

do hospital as pessoas de seu entorno passaram a lhe tratar bem, quem tinha cortado relações se aproximou novamente. Relatou-me que os familiares faziam festa para ele. Em termos, sua vida “voltou ao normal”, ainda que com pitadas de desconfiança e preocupação por parte de seus pais, principalmente quando Bernardo saía de casa para a rua.

Dez meses após a primeira internação hospitalar Bernardo teve o que a gramática terapêutica biomédica praticada no SUS classifica como “lapso”, que veio a se tornar uma “recaída” – uma volta ao antigo padrão nocivo de consumo de substância(s) psicoativa(s) anterior à vivência terapêutica e à conseqüente redução de uso ou entrada em abstinência. Até a derradeira ocasião de sua retomada de uso de crack, Bernardo relatou ter eventualmente ingerido álcool em festas e nunca ter parado de fumar cigarros. Passou a trabalhar com seu pai na oficina mecânica, dava umas voltas e nada mais do que isso. Até o dia que brigou com sua namorada. Em seguida ingeriu álcool, bateu a “fissura” de usar crack. Além disso, encontrou um conhecido que lhe devia dinheiro e recebeu R\$ 100. No caminho encontrou outro conhecido que estava com dinheiro e indo para a “boca de fumo”. Além de seu próprio montante em dinheiro, vendeu celular e peças de roupa, tudo na primeira noite em que voltou a usar. Desde esta primeira noite na qual Bernardo não voltou para casa e não atendeu ao telefone, sua família já sabia o que havia acontecido.

Este evento desencadeou uma retomada no antigo padrão de consumo de psicoativos que perdurou por sete meses, até uma nova intervenção terapêutica. No decorrer destes sete meses Bernardo continuou trabalhando com seu pai, mas exigia sua parte do pagamento diariamente para poder usar crack. Relatou que sua mãe insistia muito para que o pai não lhe desse o dinheiro, mas aí Bernardo “fazia tumulto”. Ganhava de dez a quinze reais todos os dias. Na segunda internação foi sua mãe que procurou uma unidade CAPS e conseguiu um encaminhamento para Bernardo no mesmo hospital no qual ele havia ficado da primeira vez.

Ele concordou com a nova internação “apenas para ganhar roupinha”, pois não tinha mais nada, havia se desfeito mais uma vez de tudo que tinha. Desta vez não houve um estímulo afetivo – pai hospitalizado – como da primeira vez, e sua escolha se deu por motivos materiais apenas. Ficou no hospital por dez dias e pediu alta. Ressaltou também que a fisioterapeuta a qual havia mantido uma relação na primeira internação não quis saber dele, pois havia recaído e retornado ao hospital – um indicativo de

fracasso, de que “não tinha jeito”. Se na primeira passagem Bernardo relata ter conseguido vários privilégios, como fumar fora de horário e circular por alas não permitidas, na segunda internação não ganhou “nem bituca de cigarro” e sentiu inclusive alguma rispidez por parte da equipe do hospital.

Após a alta foi pra casa e voltou a fumar crack um dia após o retorno. Não conseguiu lembrar quanto tempo se passou antes da terceira internação, que ocorreu em uma clínica dentro do principal hospital da cidade de Cacequi. Antes dessa terceira intervenção Bernardo relata ter ido com seu pai visitar e conhecer uma Comunidade Terapêutica de proposta evangélica na mesma cidade. Essa visita não agradou nem Bernardo nem seu pai, tanto que em seguida buscaram ajuda e conseguiram a internação no hospital da cidade. Nas palavras de Bernardo:

Bah, era uma casinha, meu. Com todo o respeito, era uma comunidade simples, sabe. Mas simples mesmo. Simples demais até. Eu não ia aguentar um dia. Era uma casa, uma horta, uma cerca. E (...) lá era um ano. E uma plaquinha assim: proibido fumar. Já me quebrou de cara (...) E eu olhei pra casinha ali. Tinha cara que tava há um ano lá. Uns caras que não tinham onde morar, alcólatra, drogado. E conversamos, mas comecei a manipular, não queria soltar na casa do cara que eu não gostei (...) Até meu pai falou: ‘não ia deixar tu ficar aí’. Mas era muito simples cara. Acho que eu ia ficar um dia lá e ia fugir.

Na internação no hospital de Cacequi Bernardo disse que um grande problema para ele era a comida e a estrutura em geral. A equipe era precária, na sua visão. Era só uma psicóloga e as enfermeiras trocando de turno. Neste hospital ele ficou 30 dias e sua saída se deu de maneira turbulenta. Teve um descontrole emocional dentro do hospital por não ganhar uma camisa de futebol que pediu para a família. Brigou com a psicóloga, a agrediu verbalmente, sendo que a mesma ameaçou chamar a polícia. Uma vez por semana havia uma consulta com o médico, que Bernardo relata ter mantido uma boa relação, até então. Após este evento o médico acabou o liberando, provavelmente por achar que ele estava transtornando o ambiente. Fica aqui um questionamento a respeito deste procedimento: se ele estava dando indícios de descontrole ainda dentro do hospital, a alta foi uma medida que o beneficiou?

Apesar de tudo, Bernardo diz que saiu deste hospital se sentindo bem, outra pessoa. Saiu e começou a trabalhar em um posto de gasolina. Já havia trabalhado neste local antes e diz que naquela época ganhava setenta reais por dia de gorjeta e torrava

tudo. Desta vez, como tinha saído com uma cabeça diferente da terceira internação, ganhava cinquenta reais por dia e não gastava. Também ganhou vários bens da família, tirou carteira de motorista, entre outras coisas. Após a terceira internação Bernardo ficou próximo de sete meses sem usar qualquer substância, inclusive álcool, chegando a frequentar eventos sociais que envolviam álcool e recusar bebida. Foi-lhe permitido que fosse de carro buscar um sobrinho, sozinho, na cidade de Uruguaiana. Ou seja, sua família e o seu entorno social próximo haviam voltado a confiar nele.

O ambiente em que conheci e entrevistei Bernardo, a comunidade terapêutica PACTO, em Porto Alegre, foi o quarto episódio de intervenção terapêutica em sua vida. Ele não conseguiu lembrar exatamente do episódio (ocasião) desencadeante da recaída que o levou até lá. Diferentemente das outras vezes em que ele aceitou ou fingiu aceitar a internação para agradar sua família ou conseguir benefícios materiais deles, desta vez ele teve um direcionamento terapêutico bastante diferente. Houve episódios de violência e furto no âmbito familiar, intervenção policial e judicial, tudo associado a práticas que mantinha para sustentar o uso de crack, tais como: pedir dinheiro ao pai diariamente, roubar coisas dentro de casa e trocar por crack, praticar violência contra o pai quando não recebia dinheiro.

No último dia antes de sofrer a intervenção, Bernardo – na época morando em uma casa vazia da sua família, no mesmo terreno onde fica a casa dos seus pais – arrombou a casa e o quarto dos seus pais, que estavam dormindo na casa de parentes para fugir do incômodo causado por ele. Seu pai havia liberado a casa desocupada da frente para Bernardo fumar crack e não incomodá-los em sua residência. No dia seguinte, ao retornarem da noite fora e perceberem a casa arrombada e com vários bens materiais faltando, seus pais chamaram a polícia.

Bernardo, que havia saído para comprar crack novamente, deparou-se com o carro da Brigada Militar na frente de sua residência ao retornar. Foi levado para delegacia e assinou um Boletim de Ocorrência. Já havia passado pela mesma delegacia outras vezes em decorrência de situações de briga e violência com seu pai. Nesta ocasião Bernardo recebeu um ultimato: se reincidisse mais uma vez, ficaria preso. O aviso não foi suficiente. Poucos instantes após a volta da delegacia Bernardo entrou em conflito físico com seu pai, pois pedia mais dinheiro para usar crack e, no embate, acertou uma pedrada no mesmo. A polícia, que estava voltando para conferir se o ambiente estava tranquilo, praticamente presenciou a agressão e levou Bernardo de

volta para a delegacia. Naquele momento sua mãe já havia entrado com o pedido de internação compulsória.

Foi após uma sucessão de episódios violentos que a família de Bernardo decidiu pedir pela internação compulsória do mesmo. Ele foi encaminhado para o PACTO através de uma determinação judicial, que indicava que ele iria para a instituição ou ficava preso. Mas não sem antes passar pelo “tratamento” da Brigada Militar, que resolveu “dar uma lição” em Bernardo por conta própria após os recorrentes episódios de violência doméstica em que ele havia se envolvido:

Foram doces quando tavam lá com a minha mãe, e agora tava ali: ‘te falei pra tu não bater no teu pai’. E me batia com o cassetete. Eu tava algemado né. Pum, pum, cacetada, aí começou com o choque né. Bah, o cara encostava em mim. Sofri, cara. Falava que não ia fazer mais isso e tudo, mas me diziam: ‘tu prometeu isso da última vez’, e toma pancada. Fui espancado até o Pronto Atendimento (PA), antes de ir pra delegacia de novo. Toda ocorrência que vem no carro da polícia passa pelo PA para fazer o exame pra ver a saúde antes de ir pra cadeia. Eu tava indo preso né. Na verdade já tinha um papel pedindo minha internação e só faltava a assinatura do juiz. Mas assim tem que passar no PA antes da delegacia, e me disseram o seguinte: ‘Bernardo, tu tem duas opções. Tu diz pro médico que esses hematomas são por causa da briga com teu pai, aí a gente te leva pra delegacia sem te espancar de novo, numa boa. A outra opção, se tu disser que foi nós, a gente vai ter que responder um processo, mas vai demorar, e tu vai apanhar de novo. A gente vai te levar lá pra barragem e vai te espancar de novo’. Aí falei que foi com meu pai né. (...) cheguei na delegacia, o delegado: ‘Bah, tu de novo? Pode ir pra celinha, pode ir pra cela’. E fui né, entrei lá e chorava feito uma criança, pensando: ‘nossa, vou ficar preso’ (...) Fiquei na cela do meio-dia até umas nove da noite na cela (...) Aí me falaram: ‘tu vai ser internado’. Eu perguntei: ‘e se eu não quiser?’. Responderam: ‘aí tu vai ficar preso’. A essa altura o juiz, promotor já tinham assinado, aí já era. Entrei na ambulância, com dois policiais, saímos às nove da noite de lá, chegamos à uma da manhã aqui [Porto Alegre – comunidade terapêutica PACTO]. Mas aqui não é 24hs [o atendimento], tivemos que esperar até de manhã. Tava o motorista, os policiais, todo mundo teve que dormir na ambulância. Eles tavam putos comigo, queriam me matar, me enforcar.

Esta foi a maneira pela qual Bernardo chegou até a comunidade terapêutica. Disse ter se sentido mal nos primeiros dois dias, que estava com onze quilos a menos,

com *fissura*, dormindo mal, e com muita vontade de fumar cigarros – proibidos em todos os ambientes do PACTO. Desta vez não houve processo de desintoxicação hospitalar. A última vez que ele tinha fumado crack antes da intervenção policial/jurídica que o trouxe a Porto Alegre havia sido há pouco mais de vinte e quatro horas antes de dar entrada na CT. Encontramo-nos doze dias depois de sua chegada e a situação dele era a seguinte: não poderia pedir para sair do programa terapêutico do PACTO, com duração de nove meses, apesar de a adesão ser voluntária aos candidatos. Na verdade, ele teria a opção de se desligar, como qualquer interno, mas o braço da justiça iria cobrar ele se saísse. O programa da CT é de adesão voluntária, mas Bernardo foi direcionado a ingressar nele por uma medida judicial, que vinculou a sua liberdade da prisão à participação no programa terapêutico até o final. Ele estava apenas começando a sua trajetória ali. Ainda estava na “casa de passagem”, no período de adaptação, aguardando a ida para a “fazenda”. Relatou estar se sentindo feliz, pois sabia que sua família estava tranquila e contente com ele por estar em tratamento. Disse também que havia cansado de usar drogas, de brigar com seus familiares e de apanhar da polícia, e também que estava com uma cabeça boa e aberta para assimilar o tratamento daquela vez. Estava com a sensação de que passava por uma coisa boa, uma “lição de vida”.

Seu pai prometeu que ia lhe dar um carro quando saísse, mas ele disse que não estava preocupado com isso, apenas em ficar bem. Estava fazendo as tarefas que lhe pediam, rezando e pensando na família – engajando-se com a proposta terapêutica do lugar. A fissura, quando aparecia, Bernardo estava controlando. Refletindo sobre o pouco tempo em que estava na CT ainda disse que se quisesse ter fugido durante a saída para o exame, poderia tê-lo feito. Talvez o que tenha o impedido tenha sido o seguinte fato: para onde iria? Se voltasse para casa, seria preso. Se fosse para as ruas, estaria sem qualquer respaldo material/social e foragido da justiça. Bernardo finalizou nossa conversa me dizendo que “a luta contra o crack é uma guerra, é uma vida complicada. A pessoa fica muito sensível, muito frágil, emotiva depois de usar muita droga”. Refletiu ainda que só agora longe da família está dando valor a eles, chorando e com saudades. Quando estava perto só sabia pedir dinheiro, brigar com eles: “estava a um metro deles e não dava um abraço”. Nas suas próprias palavras, uma pequena autorreflexão sobre o seu problema com as substâncias psicoativas, suas vivências terapêuticas anteriores e as

suas expectativas futuras a partir da experiência terapêutica que estava começando a viver naquela ocasião:

A primeira vez eu fui por causa do meu pai, aí eu fui de verdade mesmo. Fui pra me internar pra abandonar a droga por causa do meu pai. E as outras três internações que eu tive foi pra ganhar as coisas de novo, pra ganhar roupa, pra ganhar a carteira de motorista, pra engordar, e pra mentir pra família que tu está bem. Foi mais pra agradar a família (...) E foi assim, minha infância e adolescência foi tranquila, normal, pra ótimo assim. Às vezes eu penso assim, se eu pudesse voltar no tempo queria voltar quando eu tinha aquela idade sabe, com tudo que eu fazia, era massa. E às vezes eu vou dormir e eu penso: tomara que eu acorde como eu era, como eu tava. Mas não tenho do que reclamar. O que era pra ser feito, foi feito, deu. Agora é só procurar a caminhada. Começar tudo de novo, começar do zero. Esquecer o que eu fiz nesses cinco anos aí (...) Voltar não vai ter como. Voltar usando também não vai ter como. Sério mesmo, sinceramente eu botei cinco anos da minha vida fora. E botei fora mesmo. Olha o que eu podia ter adquirido. Minha namorada me abandonou

7.3 Caetano

Conheci Caetano durante minhas visitas aos grupos de Narcóticos Anônimos em Porto Alegre. Em todas as reuniões que eu o encontrava, reuniões abertas ao público em geral, ele estava acompanhado de sua mãe. O que me chamou a atenção foi o fato de que ambos, mãe e filho, tinham recentemente fundado um novo grupo de NA no município de Guaíba, próximo de Porto Alegre. Com o passar do tempo fomos conversando em algumas ocasiões até o momento em que fui convidado por Caetano a conhecer este novo grupo que ele e sua mãe haviam fundado. Neste contexto, durante uma visita ao município de Guaíba, participei da reunião de Narcóticos Anônimos e em seguida realizamos a entrevista apresentada a seguir.

Caetano nasceu no município de Guaíba, localizado a oeste de Porto Alegre, sendo que as duas cidades estão separadas apenas pelo Lago Guaíba. Ele é filho único e na época da entrevista tinha 32 anos de idade. Quando Caetano tinha 20 anos seus pais se separaram e o pai casou-se novamente com uma mulher dois anos mais nova que Caetano. Este novo relacionamento rendeu quatro filhos a seu pai. Sua mãe foi

telefonista durante a infância de Caetano e hoje é dona de comércio, enquanto seu pai sempre foi caminhoneiro, até os dias de hoje, quando nos conhecemos. Ele relata ter tido uma infância muito feliz em Guaíba e também que desenvolveu todas as suas relações sociais na mesma cidade. Apesar de ter tido problemas com o uso de substâncias psicoativas, Caetano diz não acreditar que isto tenha relação com algum eventual problema ou trauma ocorrida na sua infância, como alguns psiquiatras que frequentou tentaram lhe convencer. Lembrando-se do período de infância, Caetano faz emergir uma ideia bastante presente na ideologia e nas práticas de Narcóticos Anônimos sobre a dependência química, além de refletir sobre uma situação problemática vivida naquele período:

O que pode ter na minha infância? Pode ter uma doença, que nasceu junto comigo, porque quem é adicto não se torna adicto, já nasce adicto. Eu vejo dessa forma (...) Posso dizer também que sofri *bullying*, mas não é *bullying*. Sofri certo preconceito na minha infância. Porque eu tenho uma maneira mais delicada, de contato e tudo. Nunca fui um menino que gostava de futebol. Minhas melhores amigas eram meninas. Então eu sempre sofri esse tipo de preconceito. E durante certo tempo da minha vida, a minha personalidade era meio que norteadada a esse preconceito. Eu até começava a crer pra mim que o que me diziam era verdade. Até minha mãe chegou a tentar lutar contra essa tendência homossexual que eu tinha. Ela me levou em psiquiatras e tudo. E tentavam também né: ‘por que isso, por que aquilo?’. E eu: ‘olha, na realidade não vou dizer que eu sou gay, mas eu não gosto de nenhuma mulher por enquanto. Se algum dia eu encontrar uma mulher e me apaixonar por ela’... E foi o que aconteceu, hoje eu sou casado, tenho dois filhos. E eu não busquei o contato com uma mulher, entende?! Eu me apaixonei por ela. Se eu posso dizer que eu tive alguma dificuldade na infância foi nesse sentido. Preconceito de algumas pessoas que interpretavam a minha maneira de ser como se fosse homossexualidade.

De acordo com sua própria interpretação, Caetano sempre foi circundado por uma família unida e relatou que a única vez que viu seu pai brigando com a mãe o primeiro havia ingerido álcool. Ao Ressaltar para a questão da dependência química ter implicações genéticas, Caetano relatou que seus avós por parte materna tiveram problemas com álcool. Sua avó chegou a tomar, inclusive, álcool etílico puro, desodorante, em episódios de síndrome de abstinência. Fato que, segundo ele, poderia explicar a sua própria doença, explicar o fato de ele, Caetano, ter desenvolvido um

relacionamento problemático com o uso de substâncias psicoativas. Por causa das experiências traumáticas relacionadas ao uso de álcool por alguns de seus familiares, Caetano relatou nunca ter tido muito contato com bebidas alcoólicas.

Sobre a sua trajetória de educação, Caetano estudou sempre no município de Guaíba e chegou a ingressar em duas faculdades, tendo abandonado ambas. Iniciou uma Licenciatura em Matemática, com o intuito de se tornar professor, e posteriormente cursou Sistemas de Informação.

A mãe de Caetano, por conta da avó dele ter tido problemas com o consumo de álcool, tentou sempre ser uma pessoa informada e que procurou conscientizá-lo a respeito dos malefícios decorrentes do uso de substâncias psicoativas. O problema, de acordo com sua própria análise, residiu no fato de ele, Caetano, nunca ter sido afeito a aceitar conselhos, tendo sempre buscado construir suas próprias verdades e ser independente. Ele começou a fumar cigarros de tabaco com 13 anos de idade, a partir de uma necessidade de aceitação grupal. Na mesma época passou a andar cotidianamente com um pessoal do colégio que considerava “descolados”. Caetano sempre buscou estar entre as pessoas que, segundo ele, chamavam a atenção em público, apesar de ele próprio ser mais reservado. Essa característica parece ter guiado boa parte dos contatos iniciais que manteve com outras substâncias psicoativas após a descoberta do tabaco.

Caetano me relatou que, apesar de sua mãe não acreditar neste fato até os dias de hoje, ele experimentou a maconha apenas com 18 anos de idade, dentro do mesmo contexto de tentar se inserir em um círculo social formado por pessoas que ele considerava interessante. Desta forma, dos 13 anos 18 anos apenas fumou cigarros de tabaco. Teve um episódio, por volta dos 15 anos, no qual estava em uma festa e todos os seus amigos ingeriam bebidas alcoólicas, menos ele. Resolveu então ingerir as mesmas bebidas que seus amigos e passou bastante mal, tendo vomitado durante toda a noite como consequência. Nas suas palavras, aquele episódio o fez perceber que “o álcool não era para ele”. Este foi seu primeiro e único “porre” de verdade. Chegou a ingerir bebidas alcoólicas em outras oportunidades, mas dentro de seu argumento procurou deixar claro que nunca “sentiu necessidade de beber”, não procurava situações em que a bebida estivesse presente nem antes de usar outras substâncias, nem durante o período de sua vida em que fez uso de maconha, de cocaína e de crack.

Uma característica interessante apresentada na narrativa de Caetano diz respeito ao fato de ele ter criado relações de abuso com substâncias psicoativas cujo

sabor lhe sensibilizavam. Sua repulsa pelo álcool se construiu, além da experiência pessoal e familiar negativa, a partir do fato de que a cerveja é uma bebida muito amarga e não tinha um sabor que agradasse a ele. Já na relação com as substâncias maconha, cocaína e mesmo o crack, Caetano diz que foi conquistado pelo sabor das mesmas. A primeira vez que ele usou maconha estava acompanhado de uma colega pertencente ao mesmo grupo no qual Caetano iniciou o uso de cigarros de tabaco. Após um longo tempo sem vê-la, encontrou-a e ela lhe ofereceu um cigarro de maconha. Fumaram juntos. Caetano gostou da sensação, do sabor, e de acordo com seu relato, posteriormente foi divulgar a novidade entre os seus outros amigos, já que sempre gostou de exercer um tipo de liderança nos círculos sociais dos quais fazia parte. Ele diz o seguinte sobre sua relação com a maconha:

Então comecei a fumar e fiz todo mundo que andava comigo fumar também (...) E acho que não demorou muito tempo, eu já descobri onde que comprava (...) Fui atrás de um cara, que eu sabia que fumava maconha, e falei que queria um baseado. Dei dinheiro pro cara, ele trouxe uma maconha e aí foi... E fumei muito, fumei muito. Eu acordava, acendia um baseado. Eu dava uns quatro pegadas e tava legal, aí baixava o baseado e depois fumava de novo. E fumei muito. De estabelecer essa relação de vício com a maconha. Eu fumava todos os dias. Se eu não tivesse pra fumar eu ficava bem louco. Procurava por tudo, ficava ansioso. E sentia que aquilo que ia melhorar meu dia, então eu tinha que ir atrás da maconha.

Sua mãe chegou a encontrar maconha e acessórios para fumar dentre seus pertences, mas Caetano relata sempre ter sido “manipulador”. Ou seja, sempre conseguia encontrar formas de despistar ou então contornar a situação e se desvincular dos fatos, por mais evidentes que fossem. Dizia para a sua mãe que o material e a maconha encontrada eram de algum amigo, principalmente amigos com histórico de uso de substâncias psicoativas. Essa questão levanta um ponto interessante de se observar, pois se ele se identifica como um “manipulador”, ao mesmo tempo identifica sua mãe como “querendo ser manipulada”. Para ela era mais interessante acreditar, pensar que não era seu filho que estava envolvido com coisas que ela recriminava – como o uso de maconha –, embora todos os fatos apontassem para o contrário. Já seu pai sempre foi ausente, não no sentido de abandono, mas pelo fato de ser caminhoneiro passava muito tempo fora do ambiente doméstico. Seu pai sempre era informado das situações que

ocorriam e procurava ajudar Caetano de alguma forma, mas também era facilmente enganado:

O que eles pensavam? Ah, o Caetano é uma pessoa que tem um determinado grau de cultura, ele é alguém informado. E eu dizia né: ‘eu sei dos males que maconha faz, tu acha que eu vou fumar maconha? Eu vou é tentar fazer com que os outros parem de fumar’. Sempre dei minha manipulação e sempre conseguir enrolar eles. Até o meu contato com o crack, eu consegui enrolar eles. Eu só tive que admitir que usava drogas quando chegou um traficante na frente da minha casa querendo me cobrar. Aí não tive escapatória (...) E isso não faz muito tempo, foi com 28 anos. Faz quatro anos. 10 anos depois que eu comecei a fumar maconha.

Já o contato de Caetano com o uso da substância cocaína teve início quando ele tinha 19 anos de idade. Assim como na relação com outras substâncias psicoativas que ele havia experimentado anteriormente, esta se deu pela tentativa de inserção em um determinado círculo social, mais especificamente com o objetivo de reproduzir o comportamento de uma pessoa que Caetano considerava interessante. Neste caso, de uma garota que não era de sua turma da adolescência, mas era a “mais falada do bairro”. Eles fumavam maconha juntos cotidianamente até que um dia ela lhe ofereceu cocaína. Caetano, curioso, perguntou o que acontecia após o uso, e sua amiga respondeu que “a deixava legal e elétrica”. Depois de inalar cocaína pela primeira vez, desenvolveu também uma relação gustativa, de paladar com a cocaína. Além disso, relatou ter sentido uma sensação boa, com sentimentos de onipotência, adrenalina, próximo de um poder “extra-sensorial”. Caetano tentou, inclusive, adequar o uso de cocaína ao seu cotidiano de trabalho, como apontou na seguinte passagem:

Como eu usava maconha e cocaína juntos, eu intercalava. Tinha dias que usava só maconha. No começo foi assim, de segunda a sexta usava a maconha, e fim de semana usava cocaína. E aí chegou um determinado momento que eu já tava cansando da sensação de ficar chapado. Aí gostava mais de ficar ligado. Então comecei a fumar maconha só quando queria dormir e usar cocaína nos outros momentos. Inclusive eu tentei desenvolver uma relação de conseguir adequar a cocaína na minha vida. Eu trabalhava, naquele tempo trabalhava a noite, saía do meu trabalho e ia pegar cocaína pra cheirar. Como eu trabalhava a noite, não precisava acordar cedo no outro dia. Cheirava até umas 3h, 4h, às vezes 5h, e ia dormir. No outro dia me acordava,

e se eu sentisse que tava precisando de um gás eu ia pegar mais cocaína, senão trabalhava normal e quando saía já ia direto pra pegar. Eu tinha essa necessidade de me manter acordado, sabe (...) Até pouco tempo atrás eu achava que a noite era o bom da vida. Gostava de dormir o dia inteiro e ficar acordado pela noite. E a forma de eu me manter acordado durante a noite era usando cocaína ou [posteriormente] usando crack. Que eram as drogas que me deixavam mais acordado, sem vontade de dormir.

Caetano começou a trabalhar cedo, com 14 anos de idade. Antes disso, quando era mais jovem, já ajudava seus pais no comércio que os mesmos mantinham, fosse atendendo clientes ou ajudando como podia, dentro de suas possibilidades. Seu primeiro emprego foi como divulgador, distribuindo panfletos e oferecendo cursos de uma empresa de computação na cidade de Porto Alegre. Ele sempre achou interessante a possibilidade de independência financeira para poder comprar as coisas que gostava sem precisar pedir pra ninguém, mais especificamente para seus pais. Além disso, gostava do contato com a metrópole Porto Alegre, a capital do Rio Grande do Sul. Trabalhou também como pesquisador, como vendedor, entre outras atividades. Quando iniciou seu contato mais intenso com substâncias psicoativas, especialmente com a substância crack, estava trabalhando como operador de telemarketing e, até então, conseguia manejar o trabalho e o uso de substâncias psicoativas:

Até eu começar a usar crack eu consegui levar os dois. Isso com 28 anos. Não é que eu conseguia levar uma relação de equivalência entre o trabalho e a drogadição, sempre um saía perdendo. Mas não era nada tão grave que me levasse a perder o emprego. Depois do crack eu perdi um emprego. Até a cocaína eu ainda consegui estabelecer essa diferença, do tipo: 'agora eu posso, agora eu não posso'. Com o crack, não. Eu usava dentro do meu emprego. Eu tava conversando com um cliente, deixava ele em espera, ia ao banheiro fumar e depois voltava pra atender ele (...) Nesse momento eu trabalhava no suporte técnico do provedor de internet Terra (...) O crack eu me acordava fumando e ia dormir fumando.

É interessante de notar os motivos alegados por Caetano para fazer a migração da cocaína aspirada para o crack, o formato em pedra e fumável da cocaína. Ele já havia ouvido falar do crack, inclusive dos perigos associados a esta forma mais suja e potente de cocaína. Mas até então, como estava satisfeito com a cocaína aspirada, não lhe passava pela cabeça nem experimentar o crack. Caetano estava, então, fazendo uso de

cocaína há alguns anos, quase diariamente, e um dia começou a se sentir muito mal. Percebeu um desconforto físico na região abdominal, uma dor de estômago que não cessava. Ele associou, por conta própria, essa dor à ingestão oral de resíduos de cocaína durante o processo de inalação da substância. Descreveu sua dor para um farmacêutico que lhe indicou como causa provável uma pedra na vesícula. Caetano não procurou ajuda médica, pois relatou ter um controle sobre o próprio corpo, dizendo saber identificar os sintomas que sente. Desta forma, concluiu àquela época que estava com pedra na vesícula em função do uso de cocaína inalada e que, portanto, não poderia mais aspirar a substância. Posteriormente teve crises de dor aguda e, como consequência, teve que retirar a vesícula. Naquele momento específico, quando descobriu a dor, este fato serviu apenas para que ele abandonasse o uso de cocaína aspirada. Mas como já estava habituado a passar as noites em claro inalando a substância, pensou no crack como um substituto que contornaria o agravamento daquele sintoma sem perder a atuação de uma substância estimulante em seu organismo. No mesmo dia em que Caetano resolveu parar de usar cocaína ele foi buscar e experimentou o crack. Posteriormente se desenrolou um hábito de consumo dessa substância com duração de quatro anos:

Gostei [logo de cara]. Porque era a mesma adrenalina da cocaína. Não toda, porque não fornece a mesma adrenalina, mas um pouquinho da adrenalina da cocaína. Dava um pancadão na hora de deitar, que eu não conseguia dormir, e era o que eu gostava. A relação com o sabor. Porque eu gostava do gosto do crack. O que eu mais gostava era do sabor, gostava muito daquele sabor. Misturado com maconha então, era uma maravilha. E foi isso né. Não poder cheirar. Precisar ficar acordado. Porque eu tinha estabelecido aquilo que eu tinha que ficar a noite acordado. E o sabor então, uniu o útil ao agradável.

Ou seja, quando migrou para o crack, Caetano o fez fumando o que chamam no Rio Grande do Sul de “pitico”, que é a mistura da pedra com maconha. Disse que nunca teve intenção de fumar crack puro no cachimbo. Relata, inclusive, que médicos dizem que o vício em “pitico” é menos intenso que o de crack fumado puro. Caetano dizia a si mesmo: “fumar na lata é coisa de bagaceiro. Eu sou chique, sou fino, então vou fumar só o meu ‘pitico’”. Mas chegou a estabelecer também uma relação de consumo intenso e repetido com essa mistura, fumando todos os dias após algum tempo.

Neste momento da vida a trajetória de Caetano dá uma guinada no mínimo interessante. Foi nesta época, já fumando “pitico” diariamente, que apareceu um traficante na frente de sua casa cobrando uma dívida e sua mãe descobriu sua condição de usuário de substâncias psicoativas ilícitas. Mesmo que ela já soubesse e se deixasse enganar até então, Caetano teve que abrir o jogo a partir daquele momento. Ele já não morava mais com a mãe, e sim com a sua esposa desde os 21 anos, quando casaram. Caetano disse que sua companheira sempre o acompanhou no uso de substâncias psicoativas, inclusive de “pitico”, mas com algumas diferenças, que podem ser identificadas, em seu discurso, a partir das noções de Narcóticos Anônimos:

Só que ela não é uma “adicta”, entendeu?! Ela parava, dava só um tequinho e ia dormir. Fumava um baseado e ia dormir. Fumava um “pitico” e ia dormir. E eu tinha que estar ali, sabe. Enquanto tivesse alguma coisa pra queimar, eu tinha que estar ali. Enquanto tivesse algum grão, eu tinha que estar ali usando. Porque eu tenho a doença, né, ela não tem a doença. Nós fumamos “pitico” junto né. E quando aconteceu isso da minha família descobrir, eu obviamente quis proteger ela. Porque se minha mãe descobrisse que ela usava também, ia tomar meu filho da gente. Que ela não deixaria isso acontecer. Se houvesse a necessidade de intervir, de nos interditar e ter que ficar com a guarda do nosso filho, ela faria sim. Atualmente temos um filho de 13 anos e uma filha de um ano e quatro meses.

A partir deste momento que ele entra em uma “trajetória moral” de dependente químico, já que aparece a primeira sugestão de busca por ajuda para abandonar o uso de substâncias psicoativas. Ao mesmo tempo em que teve sua condição de usuário de substâncias psicoativas ilícitas descoberta, Caetano recebeu uma oferta familiar para administrar uma empresa. Assim sua mãe e esposa pediram que ele fosse se tratar, para limpar sua reputação e, na volta, assumir a frente do novo empreendimento. Mas as coisas não se desenrolaram da maneira como todos esperavam. Nas conversas com a família Caetano fez questão de dizer que não gostaria de ir para uma Comunidade Terapêutica (fazenda) de abordagem religiosa. De acordo com suas palavras, ele “não queria uma lavagem cerebral nem rezar o dia todo”. Então procurou se informar sobre algum ambiente terapêutico cuja proposta fosse baseada em uma abordagem científica, a partir do paradigma da psicologia ou da biomedicina. Concordou em ser internado na fazenda “Novo Horizonte”, no município de Barra do Ribeiro, pequeno município localizado ao sul de Guaíba e a sudoeste de Porto Alegre. Caetano disse que essa

comunidade se encaixava nos princípios do “Movimento Perfeito”⁶⁵, e que era dirigida por um psicólogo. Depois de algum tempo ele se deparou com uma situação no mínimo inusitada, que coloca a noção de “intervenção terapêutica” em um patamar paradoxal:

Eu sentia que eu estava num lugar onde eles estavam preparando grandes pessoas. Tinham seis internos e o psicólogo. Mas aí em determinado momento eu comecei a perceber que algumas coisas não se encaixavam. O psicólogo saía às vezes pra dentro da cidade, levava alguns [internos] e outros não. Às vezes eles se reuniam num canto, mas eu não sabia o que era, porque eu não era convidado. E aí um dia um interno veio pra mim e falou: ‘ah, tu não sabe de nada o que tá acontecendo, eu vou te falar’. E eu nunca imaginava que estavam usando drogas dentro da fazenda. E determinado momento chegou e eu descobri que o psicólogo usava droga também. E ele usava crack no cachimbo e patrocinava pra dentro da fazenda. E foi lá que eu comecei a usar no cachimbo também. Imagina como eu me senti. Porque eu chegava pra minha mãe e dizia: ‘mãe, me tira de lá, eles usam drogas lá dentro. Se eu quero me libertar não vai ser aqui’. Mas não acreditaram em mim. Achavam que eu dizia isso porque queria sair de lá (...) Então eu era obrigado a voltar. Mas não fiquei os nove meses. Graças a Deus teve um dia que eu vim embora e falei que não queria mais voltar, que eles usam drogas lá dentro. Pedi pra ela: ‘me leva pra qualquer lugar, eu aceito ir até pra igreja evangélica pra poder sair de lá’. Ela disse: ‘não acredito nisso, vou te levar de volta’. Mas dei sorte que no dia que ela foi me levar de volta a polícia tava dentro da fazenda, porque tinha havido uma denúncia e estavam revistando as coisas de todo mundo. Aí ela entendeu que eu estava falando a verdade (...) Aí me tirou de lá, a gente tentou caçar o registro do psicólogo e tudo.

Caetano disse que sua mãe era uma das principais mantenedoras daquela fazenda, que vivia de arrecadações junto às famílias dos internos. Após esse evento que resultou na intervenção policial o número de internos começou a diminuir e, quando Caetano me concedeu a entrevista, ele relatou que a fazenda se encontrava fechada. Durante a entrevista Caetano me relatou que vê este psicólogo como alguém passível de se sentir pena, pois aos seus olhos o que ele tentava com o uso de crack era se

⁶⁵ Trata-se de um misto de psicologia, neurociência e física quântica, que diz que as pessoas podem fazer o universo conspirar a seu favor para seus objetivos de mudança. De acordo com informações retiradas do *site* de internet do próprio Movimento Perfeito, este “é um método próprio idealizado por Rosalia Schwark, para você aprender a dirigir o seu cérebro e viver melhor em todas as áreas da sua vida. Potencializa a sua autoestima, ativa seus recursos cerebrais, aumenta sua qualidade de vida e soluciona problemas pessoais e profissionais”. Disponível em: <www.movimentoperfeito.com.br>. Acessado em 01 jun. 2014.

aproximar, entender mais de perto aquilo que seus pacientes sofriam, mas era tão doente quanto qualquer um de seus pacientes. Devido ao trauma sofrido naquele ambiente terapêutico ele diz que o psicólogo foi uma sombra negativa em sua vida por algum tempo, a ponto de preferir nem saber notícias do lugar. Mas também disse, com firmeza, que se souber que aquele psicólogo que o introduziu ao crack puro estiver novamente trabalhando com dependentes químicos fará de tudo para impedi-lo de continuar.

Resumidamente, Caetano saiu de sua primeira intervenção terapêutica tendo estabelecido uma relação de dependência química mais intensa e com uma substância considerada mais danosa e com maior potencial de abuso do que quando entrou. Se antes ele consumia maconha, cocaína e por último crack misturado com maconha, após a internação passou a fumar o crack puro⁶⁶. Em decorrência disto, a trajetória de Caetano até o momento em que nos conhecemos, foi permeada por vários outros episódios de internação em fazendas, Comunidades Terapêuticas e clínicas médicas. Estes modelos terapêuticos funcionam, na grande maioria das instituições, a partir de uma reprodução de maneira mais – em uns caos – ou menos – em outros – completa do modelo de instituição total (Goffman, 1975), baseado em preceitos religiosos ou morais, nos primeiros casos, e nos conceitos e práticas biomédicas nos últimos. De qualquer forma, modelos que demandam engajamento e submissão.

Sendo uma das características pessoais apresentadas por Caetano exatamente a relutância em se submeter à autoridade de outras pessoas ou de sistemas – simbólicos, de relações sociais, ideológicos, práticos, etc. –, ele relatou sempre ter tido dificuldades de lidar com situações nas quais “tentam enfiar coisas na sua cabeça”, referindo-se aos processos de submissão que os tratamentos para dependência química normalmente demandam. Ele me relatou que essa situação foi um impedimento para o seu engajamento durante várias outras intervenções terapêuticas para dependência química as quais ele foi submetido. Apesar dos projetos terapêuticos terem sido de médio e longo prazo, Caetano nunca se engajou durante mais do que três semanas em cada ocasião. No total passou por seis internações em Comunidade Terapêutica e duas internações em clínicas biomédicas. Sobre as clínicas, de forma muito resumida, ele relatou que passou pela Clínica Gramado, em Porto Alegre, tendo ficado internado por

⁶⁶ Há evidências de que a mistura das duas substâncias, ou a substituição paulatina e total do crack por maconha pode ser um fator redutor dos danos à saúde, como a pontam Labigalini *et al.* (1999) em estudo realizado na década de 1990 com usuários de crack no Brasil.

30 dias⁶⁷. Disse também que neste ambiente vivenciou um pouco de abordagem psicoterápica, mas que o principal mote do tratamento era a desintoxicação à base de medicamentos psicotrópicos. Também esteve por pouco tempo no Hospital Nossa Senhora do Livramento, em Guaíba, mas convenceu o médico de que não tinha problemas com o uso de substâncias psicoativas para poder receber alta. Antes disso, no mesmo estabelecimento chegou a fugir em uma noite para pegar crack e usou a substância dentro do hospital⁶⁸.

Analisando a sua própria trajetória de internações, Caetano relatou que nunca pediu explicitamente para ser internado, sendo que as únicas intervenções que ele aceitou de bom grado foram a primeira, citada acima, que piorou seu problema, e a mais recente até a ocasião da nossa conversa/entrevista, que completava então nove meses. Todas as outras internações ele diz que se engajou de maneira obrigatória, com outros objetivos que não o de cuidar da própria saúde, ou não concordando que estivesse com algum problema. Aceitou internações, por exemplo, para não ser expulso de casa pela sua mãe ou sua esposa. Todas as internações de Caetano foram pagas pela sua família. De acordo com seu relato, isso se deu porque na esfera pública, via Sistema Único de Saúde, muitas vezes é necessário aguardar por vaga, ou passar por inúmeros encaminhamentos por diferentes pontos da rede pública de atenção – procurar a atenção básica, ser encaminhado para a especialidade, e assim por diante. Em todas as ocasiões em que ele foi internado seus familiares consideravam a situação como crítica, e preferiram não esperar a morosidade do sistema público.

Sua esposa, na ocasião da primeira internação de Caetano, havia parado totalmente de usar qualquer substância psicoativa, e após isso começou a ter uma vida mais saudável e cobrar o mesmo dele. Além das internações citadas acima Caetano teve experiências que avaliou como negativas, tais como a proposta ambulatorial do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do SUS e consultas com psiquiatras e psicólogos. De

⁶⁷ De acordo com o *site* do DATASUS, trata-se de uma clínica privada que faz atendimento psiquiátrico ambulatorial e internação, contando com 30 leitos psiquiátricos, clínicas e sala de serviços de enfermagem. Funciona também como um hospital dia de saúde mental. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=4314905281970>. Acessado em 01 jun. 2014.

⁶⁸ Esta instituição, de acordo com o *site* do DATASUS, é um hospital geral que atende tanto no âmbito privado quanto pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os profissionais que trabalham neste local são todos contratados do SUS. Dentre os muitos serviços oferecidos pelo hospital, existem vinte e cinco leitos para internação em clínica geral, cinco em pediatria clínica, cinco para doentes crônicos e mais cinco leitos de internação psiquiátrica. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=4309302227894>. Acessado em 01 jun. 2014.

acordo com o seu relato, após a segunda internação pela qual passou aceitou frequentar o CAPS a pedido de sua mãe, para escapar de mais uma intervenção de internação hospitalar. Mas a frequência no CAPS não surtiu qualquer efeito terapêutico. Não teve bons desdobramentos. Pelo contrário, pois Caetano disse que saía das reuniões nos ambulatório do CAPS com vontade de usar substâncias psicoativas, já que o foco das dinâmicas grupais era voltado para as experiências com o uso das substâncias e não para o compartilhamento de experiências de recuperação. Nas suas próprias palavras:

Eu fiz, por um tempo, atendimento no CAPS (...) depois da minha 2ª internação. Era mais com psiquiatra, que era pra me dar os remédios. E eu ficava como num grupo de NA, um monte de pessoas ali, falando das suas experiências com drogas e falando dos seus contatos com drogas. Não era nada de partilha sobre a importância de estar se recuperando. Era contato com drogas. Tipo: ‘eu estou sem usar drogas hoje, mas eu me sinto mal’. Aí eu falava pra minha mãe: ‘eu não gosto de ir lá, porque saio de lá com vontade de usar’. E isso acontecia mesmo. Às vezes me pegava pensando: ‘nossa, estão falando sobre uma droga nova que eu nunca usei’, aí ficava com vontade de usar. Não gostei de ir lá não (...) Não fui muito. Fui umas 4, 5 reuniões no máximo. E foi no sentido de que eu não queria mais voltar pra fazenda nenhuma, eu queria tentar alguma outra coisa. Eu queria enganar os outros, na verdade. Eu queria usar (...).

Seu primeiro contato com a proposta terapêutica baseada nos 12 Passos de Narcóticos Anônimos ocorreu durante sua primeira internação, através do psicólogo que coordenava a comunidade terapêutica naquela ocasião – durante a mesma intervenção em que começou a fumar o crack puro. Mas o primeiro contato com os *grupos* de Narcóticos Anônimos, que é onde Caetano estava vivendo sua recuperação quando nos conhecemos, se deu em uma circunstância bem particular – estava há nove meses em abstinência, “limpo”, quando ocorreu a entrevista.

Certo dia estavam ele e sua mãe em casa e ela lhe deu um livro cujo tema era o espiritismo. Ele foi para seu quarto ler. Estava Caetano, naquela ocasião, fumando crack e tentando fazer a leitura com a televisão ligada no mudo, sem som, quando ele percebe uma imagem enigmática na tela: uma porta aberta, com uma luz saindo de dentro dela. “Uma luz no fim do túnel”, foi a leitura que Caetano fez. Na verdade, se tratava de uma propaganda televisiva de Narcóticos Anônimos, na qual também apareceu o número de

telefone da linha de ajuda de NA. No dia seguinte sua mãe ligou para a linha de ajuda e eles foram convidados a ir pessoalmente até um grupo e acompanhar uma reunião.

Caetano participou desta primeira reunião e já fez seu ingresso no grupo, passou a se conceber e se apresentar aos outros como um membro de NA instantaneamente. Mas, nas suas próprias palavras, “ainda estava usando [psicoativos], achando que podia parar a hora que quisesse”. Ele relatou que foi à reunião apenas para agradecer sua mãe. Após esse primeiro contato com NA Caetano ainda passou por mais quatro internações em comunidades terapêuticas. A mais recente delas, na ocasião de nosso encontro para a entrevista, havia ocorrido na Fazenda do Senhor Jesus, mantida pelo Programa de Auxílio Comunitário ao Toxicômano (PACTO), instituição citada anteriormente no presente trabalho. A experiência de contato com o programa terapêutico do PACTO foi aquela que havia sensibilizado Caetano a respeito do uso problemático de psicoativos, ao menos até o momento em que nos conhecemos. Foi a intervenção terapêutica que o fez entender que era portador de uma doença, e que parar totalmente de usar qualquer substância psicoativa era a única alternativa para mantê-la sob controle.

A chegada de Caetano à instituição PACTO se deu através do seu padrinho nos grupos de Narcóticos Anônimos – todos quem ingressam em NA são oficialmente apadrinhados por um membro mais experiente. Quando Caetano fez o ingresso em NA pela primeira vez, para agradecer a sua mãe – quando teve a *iluminação* após ter visto a peça publicitária com a “luz no fim do túnel” – um antigo amigo de sua mãe, membro de Alcoólicos Anônimos há 30 anos, foi quem assumiu a função de ser seu padrinho. Esta pessoa orientou a mãe de Caetano a procurar a instituição PACTO. Apesar de Caetano não ter permanecido os nove meses do programa de recuperação na fazenda da comunidade terapêutica, a passagem pela instituição lhe proporcionou uma mudança de paradigma a respeito de sua própria condição de vida. Na bateria de exames que o PACTO exige antes do ingresso dos internos na fazenda, Caetano descobriu que era soropositivo, portador do vírus HIV. Este fato lhe fez concluir que se continuasse usando substâncias psicoativas, morreria. Se nas internações anteriores Caetano sempre se mostrou relutante, nesta em específico, principalmente após descobrir que era portador do HIV, ele ingressou de “cabeça mais aberta”. Foi direcionado para o PACTO por pressão familiar, pois sua mulher havia condicionado a permanência de Caetano na

residência do casal à adesão ao tratamento. Dentro da fazenda ele teve o que se chama de “despertar espiritual”.

Dentre as atividades diárias do PACTO estão as práticas de oração e estudo bíblico, e isso de certa forma iluminou Caetano, que já ingressou na comunidade terapêutica tocado pela notícia de ser portador do vírus HIV. Além disso, a questão da disciplina e todos os outros valores pregados no âmbito do programa terapêutico do PACTO tiveram influência na maneira com que Caetano via a si mesmo. Ele percebeu que precisava, a partir daquele momento, mudar de vida e ter um contato consciente com Deus. Mesmo assim, não se sujeitou ao programa terapêutico do PACTO por completo. Fez um uso idiossincrático daquele sistema terapêutico. Quando entrou na comunidade terapêutica ele já conhecia os Narcóticos Anônimos há algum tempo, mas o grupo não era presente em sua vida. A experiência na Fazenda do Senhor Jesus foi o impulso essencial para que Caetano retomasse o contato com os grupos de NA. Nas suas próprias palavras:

Lá na Fazenda do Senhor Jesus eu descobri que eu não era dono da minha vida. Lá dentro o monitor passou a ser dono da minha vida. E nas outras [comunidades terapêuticas] não era assim. Fui inclusive pra uma fazenda evangélica, e tentavam me obrigar a ajoelhar e eu dizia: ‘não sou evangélico, não vou ajoelhar’. E na Fazenda do Senhor Jesus não tinha choro nem vela. Ou tu faz o que estão te mandando ou tu vai capinar pátio. E serviço braçal nunca foi comigo. Então eu fazia o que me mandavam. Cheguei no ponto de que não era dono da minha vida. Em segundo lugar, me ensinaram a estabelecer disciplina. Porque o adicto não tem disciplina. Então me mostraram que a disciplina seria necessária e conseguiram com que eu estabelecesse uma disciplina. Se são 70 homens fazendo a mesma coisa, porque eu teria que ser diferente? E se eu fosse diferente o tronco estava lá pra ser cortado, eu ia ter que pagar o preço por ser diferente (...) Mas eu não tinha mais opção. A minha esposa disse: ‘ou tu ficas lá, ou tu vais pra rua’. E eu não queria pedir nada pra ninguém na rua, não fui educado pra ser mendigo, não fui educado pra roubar, então tenho que ficar. E terceiro lugar: eu tive um despertar espiritual. Que é o que a gente tem que ter. Porque é muito louvor, era muito contato com Deus. Era terço, Ave-Maria, o tempo todo (...) E eu comecei a desenvolver gosto pela Ave-Maria. E lá dentro eu descobri que eu estava muito afastado de Deus, e que Deus tinha que fazer parte da minha recuperação. E hoje eu olho pro símbolo de Narcóticos Anônimos: ‘sou Eu, Deus, Sociedade e Serviço’. Porque antes eu pedia a Deus pra conseguir droga. Então eu vi que precisava desenvolver uma

relação correta com Deus. Deus não quer que eu use drogas. Ele quer que eu seja uma pessoa decente, que tenha meu trabalho, que tenha minha família. Então eu tive que desenvolver esse contato com Ele. E nada melhor que aqui no meio do mato, com um monte de gente rezando, pra manter esse contato consciente com Deus. E foi pra mim o que me ajudou na minha recuperação. A Fazenda do Senhor Jesus foi muito importante na minha recuperação. Por quê? Porque ela me ajudou a me desintoxicar, eu consegui libertar o meu corpo da dependência química. Lá dentro eu consegui pensar por mim mesmo, não era mais a droga que controlava os meus neurônios. Consegui lá dentro ter um contato com os 12 Passos de Narcóticos Anônimos, de Alcoólicos Anônimos, que me auxiliam muito na recuperação. Auxiliam-me a ser uma pessoa melhor, porque a droga é só o fim, a ponta do iceberg. O problema é comigo mesmo. E porque me deu esse despertar espiritual, essa consciência da necessidade de contato com o Poder Superior. Porque só ele, com o meu auxílio e com o meu consentimento poderia me auxiliar a sair daquele inferno. E eu sabia que aquele inferno eu não queria mais (...) E devido à série de exames que fazem antes de ingressar na fazenda, eu descobri que sou soropositivo. O que eu precisava pra me acordar? Algo que me desse uma sacudida, e precisava querer. E eu pensei: ‘meu Deus, eu sei que não vou mais usar drogas, porque sou soropositivo, se eu usar drogas eu vou morrer’. Então convenci a minha família a me deixar sair, porque eu não ia mais usar drogas. Eu dizia: ‘agora eu tenho essa cabeça, já estou a um tempo limpo e sei que não posso usar, então porque eu ficaria trancado lá na fazenda, me submetendo às regras dos outros, sendo que eu não gosto disso?’. Óbvio, usei meu poder de manipulação pra convencer minha mãe e esposa a sair. Mas posso dizer que saber que eu sou soropositivo foi Deus colocar o desejo de me manter limpo dentro de mim, sabe?! (...) Porque eu não busquei esse desejo de parar de usar, Deus colocou dentro de mim. Como? Levando-me pra Fazenda do Senhor Jesus, onde fui obrigado a fazer um exame específico pra HIV e que nesse exame foi constatado que eu era soropositivo. Por isso que eu digo que Deus é muito presente na minha recuperação. Ela foi toda arquitetada por Ele (...) Mas saindo da fazenda, minha mãe perguntava: ‘e agora, meu filho, como tu vai fazer a manutenção dessa recuperação?’. Porque seria muito fácil pra eu pensar: ‘bom, vou morrer mesmo, então agora que eu vou usar de verdade’ (...) Mas na fazenda eu descobri as ferramentas pra me manter limpo. Então vamos embora pra reunião de Narcóticos Anônimos. E me ajuda muito, sabe. É onde eu faço minha manutenção, onde eu renovo meu desejo de parar de usar. É onde eu lembro que eu tenho problema, que meus problemas são graves, que eu não posso voltar a usar, e que se eu voltar a usar eu vou morrer. E que eu não vou morrer só por uma coisa, vou

morrer por duas. Sou portador de duas deficiências, eu tenho duas doenças e as duas são crônicas, progressivas e são fatais. Então se eu não me cuidar, se eu realmente não me afastar das drogas, babau pra mim. Foi esse despertar que eu tive que salvou minha vida.

Assim, após esse episódio de iluminação, Caetano não só retomou o contato com os grupos de Narcóticos Anônimos – estava há nove meses “limpo” e frequentando as reuniões na época da entrevista – como passou a servir a irmandade como voluntário. Ele e sua mãe, com a ajuda de outros membros de Narcóticos Anônimos da cidade de Porto Alegre, fizeram todo um esforço de abrir o primeiro grupo de NA no município de Guaíba. Essa prestação de serviço estava fazendo Caetano se sentir bem, principalmente por saber que assim estava ajudando outras pessoas com o mesmo problema dele. Dentre seus planos de curto prazo relatados durante a entrevista estava o objetivo de voltar a estudar e terminar um curso superior na área de administração de empresas. Na época em que nos conhecemos Caetano obtinha sua renda como dono de duas empresas, uma no ramo de transportes e outra no ramo de fotocópias e impressões. O fato de ser empreendedor o impulsionava, alimentava o desejo em fazer o curso superior na área de administração. Caetano ainda relatou que seu padrinho de Alcoólicos Anônimos é um empreendedor e que estavam firmando uma sociedade. Estavam organizando a distribuição de gêneros alimentícios e pecuários dentro do município de Guaíba. Mas uma pequena dúvida ainda pairava sobre Caetano, já que seu padrinho gostaria de incluir bebidas alcoólicas no portfólio da empresa. E aqui apresento um último exemplo de como a experiência de transformação realmente tocou Caetano, pois ele me relatou achar a situação um tanto incômoda: “eu não sustento mais traficante, então fico desconfortável em saber que vou estar disponibilizando álcool para as pessoas”.

7.4 Armando

Armando foi entrevistado para este trabalho no ano de 2012, então com 32 anos de idade e há seis meses em tratamento na comunidade terapêutica PACTO. Nosso primeiro contato se deu quando visitei a fazenda desta CT alguns meses antes da

entrevista. Após me apresentar aos internos como pesquisador de Ciências Sociais durante uma reunião de espiritualidade, Armando fez questão de vir até mim falar sobre a importância do que eu estava fazendo e dizer que havia tido experiências anteriores com redução de danos e movimentos sociais. Quando voltamos a nos encontrar alguns meses depois ele estava hospedado na sede do PACTO no centro de Porto Alegre para o período de visitas, quando os internos tem a oportunidade de sair do isolamento da fazenda por uma semana e encontrar seus familiares, se ainda há este contato, além de fazer outras atividades. Podem ficar hospedados tanto na casa de sua família quanto na sede da instituição – Casa de Triagem. Ele estava na sede, pois ficava mais fácil para ele comparecer a compromissos agendados tais como uma visita ao médico e outra ao dentista.

Apesar de não contar com muitos de seus dentes frontais se mostrou uma pessoa de riso fácil, de bem com a vida e esperançosa. Mesmo tendo vivenciado eventos que muitos considerariam traumáticos e períodos turbulentos e de extrema restrição material durante sua vida, muito em função do uso intenso de *crack*, não se considerava uma vítima. Pelo contrário, fez questão de assumir toda a responsabilidade pelos seus atos. Além disso, se mostrou bastante otimista com o futuro que já conseguia imaginar após seis meses de ingresso na comunidade terapêutica PACTO.

Ele nasceu no ano de 1980 e morou em um bairro periférico da cidade de Porto Alegre chamado São José até os seis anos de idade. Tem um irmão gêmeo e uma irmã sete anos mais velha. Nas suas palavras, cresceu em “uma família normal, com ambos os pais e os irmãos”. De acordo com seu relato seus pais sempre trabalharam muito, passando o dia todo fora de casa, e nunca houve problemas de violência no ambiente familiar fosse entre seu pai e sua mãe ou direcionada a ele e seus irmãos. Quando tinha seis anos sua família mudou-se para outro bairro periférico de Porto Alegre, o então recém-criado Rubem Berta. Durante os anos seguintes de sua infância a vizinhança permaneceu bastante tranquila, mas começou a se mostrar mais violenta quando Armando tinha onze anos de idade, após uma série de ocupações irregulares de condomínios que estavam em construção e da transferência de uma vila (favela) para a região. Com o começo das ocupações e construções irregulares as condições infraestruturais do bairro até então suficientes deixaram de atender o grande aumento de moradores. Como consequência, segundo Armando, houve um aumento da violência e da criminalidade. Se antes era um conjunto habitacional, ainda que de baixa renda, mas

formado por trabalhadores que haviam adquirido seus imóveis, a partir daquele momento com a migração e ocupação irregular uma nova dinâmica foi imposta ao bairro.

Suas primeiras experiências de consumo de substâncias psicoativas não se deram necessariamente a partir desse novo contexto de criminalidade que contava com pontos de tráfico de substâncias ilícitas. Armando primeiramente experimentou as substâncias estatisticamente mais consumidas no Brasil, as legalmente permitidas para maiores de 18 anos álcool e tabaco. Nas suas palavras:

E aí eu me lembro que eu fui crescendo, e com 12 anos, meus pais fumavam cigarros e eu fui experimentar o cigarro. Roubava o cigarro do meu pai, da minha mãe, né. No meu bairro, até hoje, bairro de classe baixa assim, 99% das pessoas são usuárias de álcool. Então pra mim, aquilo ali, tomar álcool era uma coisa normal, entendeu? (...) Aí eu segui assim, começando a tomar álcool com os guris da vila. Se juntava e fazia vaquinha pra tomar vinho. Matava aula pra tomar vinho.

Seus pais bebiam vinho ou cerveja em casa frequentemente, mas nunca tiveram problemas associados a este uso, segundo Armando. E, dado o contexto permissivo do bairro citado acima, não achavam ruim que os filhos também o fizessem, principalmente porque Armando “não tomava porre e não fazia fiasco”. Ao mesmo tempo, o fato de ele e seu irmão sempre terem tirado boas notas na escola funcionava como um fator de proteção para que seus pais não desconfiassem que ambos estivessem engajados mais do que deveriam em atividades de entorpecimento, fosse com álcool ou outras substâncias psicoativas. Este fato inibiu, inclusive, o diálogo preventivo sobre o assunto no âmbito doméstico, uma vez que seus pais não cogitavam a possibilidade de eles usarem substâncias psicoativas.

Mas além do uso de álcool e cigarros em idade bastante precoce, ainda que sem maiores problemas associados, Armando passou a se envolver com o consumo de outras substâncias psicoativas como *loló* (inalante, clorofórmio), *maconha e cocaína* que, segundo ele, eram práticas corriqueiras entre “a gurizada do bairro”:

Mas no meio que eu cresci [também] era normal usar droga né. Era normal fumar maconha, era normal cheirar “loló”. Era normal. Não tinha muita polícia no bairro mesmo. Tinha uma

vez ou outra. Traficava a céu aberto, normal, entendeu? Mas não tinha muito assim gente armada.

Tendo tido contato com um primo que era assaltante de bancos e que exibia armas e contava histórias de crime para ele, Armando se deslumbrou com a vida criminosa e passou a vender maconha e cocaína no seu bairro junto com o irmão. Segundo ele começaram inocentemente, “achavam legal”, e vendiam pequenas quantidades. Vendo os outros rapazes do bairro usando cocaína que Armando experimentou-a pela primeira vez aos treze anos de idade. A partir daí continuou vendendo esta substância para sustentar seu próprio consumo. Mas um consumo ainda moderado, que tanto continuava não chamando a atenção de seus pais quanto não atrapalhava seu desempenho escolar. Assim Armando terminou o Ensino Fundamental e foi cursar o Ensino Médio com orientação técnica em Química. Se antes ele estudava no próprio bairro onde morava, a nova etapa de estudos se deu em outro bairro da cidade, mais próximo do Centro de Porto Alegre. Armando aproveitou essa nova situação para “levar a droga e vender no colégio”. Sobre essa época de sua vida, a venda de substâncias ilícitas e o uso de cocaína, Armando relatou o seguinte:

Eu nunca usei bastante assim, só usei por uns quatro, cinco anos e depois migrei pro crack. Bem mais guri. O cara que eu guardava droga pra ele me dava R\$ 200,00 por semana e cinco gramas de pó [cocaína]. Eu cheirava esses cinco gramas. Uma vez por semana eu cheirava esses cinco gramas. Distribuía né, bem dizer. Botava pra um monte cheirar. Não ia atrás. Tinha na mão e a cocaína era diferente também. Como eu vou te explicar? A cocaína te dá uma coisa que a gente chama de ‘fissura’. Ela te dá uma estimulação assim. E a cocaína daquela época ela te dava um estímulo mas não aquela coisa doentia que nem hoje em dia o crack faz, entendeu? Se eu fumei agora eu dou um jeito de roubar o teu rádio pra fumar mais. Só mais, mais, mais. Não é a coisa do ‘barato’. Que nem a maconha. Ah, vou fumar um beck pra ficar tranquilo. E a cocaína tinha isso. Tu ficava drogado mas tu tinha aquela ‘viagem’ da cocaína. E não aquela ‘fissura’ louca que nem a droga é agora. Que é só ‘fissura’, não tem outra coisa.

Foi nesse mesmo contexto que gerava renda para Armando que ele foi introduzido ao *crack*, ainda em forma um tanto rudimentar, pois apenas algum tempo depois esta substância passou a ser vendida pronta nos pontos de venda – “bocas de fumo” – da cidade. Nas suas palavras:

E aí me lembro que com 18 anos eu fui lá na casa do cara que me fornecia [cocaína], né, e vi que eles tavam eles fazendo crack. Transformando cocaína em crack. Tu bota bicarbonato junto numa colher com a cocaína e coloca um pouco de água e aí vai soltar um óleozinho, parece azeite. Aí tu tira com uma outra colher menor ou com uma seringa e coloca num papel. Aí ele vai endurecer fazendo *crack*. Já tinha lido alguma coisa sobre. Isso foi em 1997 pra 1998. Aí tu fumava. Eu vi eles fumando aquilo ali e resolvi experimentar.

A experimentação não levou Armando a uma escalada de consumo. Ao menos não em um primeiro momento. Outros eventos em sua vida o levaram a trilhar outros caminhos. Se com 18 anos ele já fazia uso de álcool, maconha e cocaína e havia experimentado crack – inclusive ganhando dinheiro com a venda de maconha e cocaína –, fica difícil não imaginar um desenrolar nebuloso de sua história a partir deste momento. Aos 19 anos ele conhece uma garota, que se torna sua namorada, e começa um estágio de trabalho em uma farmácia de um município vizinho a Porto Alegre, graças ao seu curso técnico em química. Na mesma época seu fornecedor de cocaína e maconha foi ameaçado de morte, tendo que se mudar (esconder), e seu irmão foi preso por tráfico. Esse conjunto de situações fez com que ele deixasse de vender cocaína e maconha como forma de ganhar dinheiro.

Mas outro fato importante também viria a transformar a vida de Armando pouco tempo depois: a chegada do *crack* aos pontos de venda da cidade de Porto Alegre. Se anteriormente ele havia apenas experimentado o *crack* ainda manufaturado caseiramente a partir da cocaína em pó, com a chegada da substância pronta nos pontos de venda de substâncias ilícitas, conhecidas como “boca-de-fumo”, o acesso ficou muito mais fácil. Foi na época dos seus 19 para 20 anos que Armando começa a fazer uso do *crack* de maneira mais habitual, coincidindo também com um aumento do seu poder aquisitivo e com a maior disponibilidade da substância nos pontos de venda. Ao mesmo tempo, o fato de ter se casado com a namorada, que cursava Psicologia na UFRGS, de certa forma o manteve dentro da modalidade de consumo controlado por um tempo. Um período de tempo de mais ou menos quatro a cinco anos, no qual continuou trabalhando, fazendo cursos, e seguindo sua vida. Mesmo assim, usava de algumas estratégias para que sua esposa não descobrisse o seu uso de *crack*, dado o preconceito que existe com usuários de substâncias ilícitas em geral. Nas suas palavras:

Aí eu casei com essa moça. Segui no meu serviço normal. Formei-me. Aí a guria que era responsável pelos laboratórios ficou grávida e minha chefe precisava de alguém para botar no lugar. E das criaturas que trabalhavam lá ninguém era formado e eu tinha uma noção, então ela botou eu. Me deu cargo de chefia. Fiquei responsável pelos laboratórios. Com esse cargo o meu salário praticamente triplicou. Em 2000 eu já ganhava mais de R\$ 1000,00. Era bastante na época. Aí eu comprei um terreno e construí uma casa e continuei fumando, mas moderadamente. [Fumava] quando eu recebia. Chegava no final do mês eu recebia, pagava minhas contas, sobrava um dinheiro e eu usava droga. Final de semana assim. Mas eu tinha uma tática. A minha mulher gostava de fumar um beck (maconha). Aí eu comprava maconha, chapava ela de maconha e ela dormia. Aí eu ficava fumando *crack* em casa. Cocaína já não usava mais (...) Não atrapalhava nada, nada, nada. Eu fazia vários cursos de noite, na área de Controle de Qualidade. Eu fazia o Controle de Qualidade da empresa. Todos os medicamentos que saíam pra venda, era uma farmácia de manipulação, passavam pela minha mão. Eu tinha que fazer o controle. Fiz curso de ISSO 9001, ISSO 14001. Fiz vários cursos na questão do SEBRAE das boas práticas de manipulação de medicamentos. Então nessa época eu tava bem financeiramente.

Sobre o “barato” e a “viagem” do *crack*, Armando aponta para uma grande diferença entre a época em que iniciou seus hábitos de consumo da substância e o período em que nos conhecemos, diz anos depois. Ele me apontou para uma grande piora da qualidade do produto que leva os usuários a comportamentos impulsivos, levados pela “fissura” de querer consumir cada vez mais, sem parar:

E aí eu comecei a fumar em 1999. Mas segui a minha vida, não fumava assim todo dia né. Fumava quando eu recebia ou uma vez por semana, algo assim. Mas a droga era diferente, não é que nem agora. Hoje, se tu tem R\$ 300,00 tu fuma os trezentos numa noite. Naquela época tu pegava cinquenta pila e fumava a noite toda. Era diferente, a droga era mais forte. O efeito durava mais tempo. Não é que nem agora, tu dá um pega e dura dois minutos. Antes não, durava meia hora, duas horas, quarenta minutos, entendeu? O efeito da droga era mais duradouro, agora não. Não sei se o organismo da gente era mais forte também. Porque tu vai criando uma tolerância, né. Hoje em dia é diferente.

Armando casou no ano de 1999, quando já fazia algum uso de *crack*, mas apenas no ano de 2005 sua mulher descobriu que ele estava fazendo uso da substância,

fato que coincidiu com o aumento de sua frequência de uso e com a explicitação de sua defasagem financeira, entre outros aspectos. Nas suas palavras:

E aí eu me virei com o crack e segui usando. Aí aquele troço foi me viciando. Aí eu comecei a deixar de cumprir com as minhas obrigações. Eu comecei a deixar atrasar contas. Comecei a deixar de fazer as coisas que eu tinha que fazer. Comecei a faltar no serviço, arrumar desculpa, arrumar atestado frio (...) Aumentou a frequência. Antes eu usava uma vez por mês, aí comecei a usar uma vez por semana, depois todo dia. Comecei a ir pras “orgias”, a ir pras putas, pra Farrapos [zona de prostituição]. Comecei a deixar minha mulher sozinha em casa. Nem sei se não tomei umas “guampas”, devo ter tomado [risadas]. Ao invés de eu usar a droga, a droga começou a me usar.

Armando relata que também começou a roubar no seu trabalho nesta época, aproveitando-se principalmente da Lei dos Medicamentos Genéricos do Brasil, promulgada em 1999. Em 2004 houve a divulgação da fórmula do Viagra e, segundo Armando, também uma grande demanda do público pelo medicamento. Vislumbrando uma possibilidade ele começou a desviar sobras da farmácia onde trabalhava com receitas falsas e afirma ter ganhado muito dinheiro com esta prática. Mas o principal objetivo foi o de oferecer Viagra às pessoas de quem ele comprava *crack*. Criou-se um negócio/relação envolvendo a troca de *crack* por Viagra.

Armando estava falhando em colocar dinheiro em seu lar, estava roubando no trabalho e deixando sua esposa em casa pra ir a zonas de prostituição, onde também há venda de substâncias psicoativas ilícitas, mas foi apenas após um ano nesta situação, quando sua mulher achou uma quantidade de *crack* nas suas coisas que ele passou a ser visto como “problemático”. Foi a primeira vez que Armando ouviu alguém falar sobre internação. Foi também a primeira associação do seu hábito de usar substâncias psicoativas com a ideia de “doença”. Sua esposa achou, segundo Armando, “pouco”, por volta de 15 a 20 gramas de *crack*, e pensou que fosse cocaína. Ele confirmou isto a ela e não lhe contou que era, na verdade, *crack* o que ela havia encontrado. Armando convenceu sua esposa a não chamar a mãe dele dizendo que ela não acreditaria na nora. Sem saber o que fazer ela então recorreu a um tio que havia passado por uma comunidade terapêutica sete anos antes e pediu-lhe que conversasse com Armando:

Ele falou fazenda: ‘vamos ter que arrumar uma Fazenda Terapêutica pra ti’ (...) Eu disse: ‘ah, não vou pra cadeia’. Na minha ideia era cadeia. No caso, ela queria me ajudar, mas não do jeito que eu queria. Do jeito que tinha que ser, entendeu? Aí eu me separei e fui pra casa da minha mãe.

Os pais de Armando haviam se separado amigavelmente na época do seu casamento, em 1999, e quando a situação acima narrada ocorreu sua mãe morava sozinha. Assim foi fácil para Armando contar sua versão da separação para a mãe: tinha brigado com a esposa e não aguentava mais a pressão do casamento. Para não entrar em disputas judiciais com a esposa Armando lhe deixou a casa e ficou com o carro, mudando-se para a casa de sua mãe, que continuava trabalhando o dia todo. Além disso, ele resolveu pedir demissão do seu emprego na farmácia. Resultado: um ano usando *crack* quase diariamente, apenas intercalando pequenos períodos de “descanso” e “recuperação de ressaca”. Nesse ano Armando gastou todo o dinheiro que havia juntado e, inclusive, vendeu seu carro, ganhando uma pequena sobrevida financeira. Quando este último respiro de dinheiro se foi sua mãe estava hospitalizada para uma pequena operação. E aqui a história de Armando toma um rumo bastante drástico:

Porque eu roubei dentro da casa da minha mãe e fiquei com vergonha da situação. Não sabia como ia lidar com a situação. Não quis enfrentar. Ela tava no hospital, foi fazer uma operação, e eu roubei as coisas dela. Aí eu deixei a chave na vizinha e saí. Disse que ia lá no centro, que a minha irmã vinha ali depois pegar a chave. Conteí uma história pra ela e fui. E aí foram ficar quase um ano sem me ver. Sem ter notícias nenhuma. E eu fiquei pela rua, albergues. E usando bastante droga mesmo. E aí eu arrumei um grupinho na rua e a gente começou a roubar. Roubar ali, entrar nos lugares e roubar. Eles tinham uma arma de brinquedo e agente roubava com uma arma de brinquedo.

Dentro desse contexto de “vida nas ruas” Armando tenta, um dia, fazer um roubo sozinho com a arma de brinquedo do seu grupo de amigos, mas é pego pela polícia. Este evento trouxe implicações físicas drásticas para ele, visíveis até o momento em que nos conhecemos, em 2012. Antes de ser levado para o presídio ele passou um mês no hospital porque os policiais que o abordaram deram uma grande surra nele, espancaram-no sem piedade. Chutaram seu rosto e lhe quebraram duas costelas. Ele perdeu muitos dentes devido a esta violência, que ainda lhe faltavam quando nos encontramos. Foi mandado para o Presídio Central de Porto Alegre após um mês no

hospital se recuperando dos ferimentos. A ida ao presídio, que supostamente o deixaria longe da substância psicoativa que estava tanto o prejudicando, não surtiu qualquer efeito. Pelo contrário, o colocou talvez até mais perto do *crack*. Se ele havia recusado anteriormente a ida para uma comunidade terapêutica por achar que seria algo como uma prisão, talvez não fosse essa prisão que ele imaginava:

Bah, o [Presídio] Central é terrível. Droga é liberado. Liberado usar droga lá. A polícia finge que nem vê. Porque é uma máquina de dinheiro aquilo lá. É um caminhão de dinheiro todos os dias de venda de droga (...) Tem o cara que coordena lá e vende. Tem maconha, *crack* e cocaína. São essas três drogas que tem lá dentro. A única coisa que não tem lá, quer dizer, até tem, mas é muito raro, é o álcool. E é caro. Meio litro de cachaça custa R\$ 50,00. [Nas] visitas é proibido levar qualquer dessas coisas... O *crack* é cinco [reais] e a cachaça é cinquenta, pra tu ter uma ideia. O álcool lá é raro. Artigo de luxo. Mas se tiver grana, tem.

Quando Armando saiu da casa de sua mãe para viver nas ruas o fez sem nenhum aviso. A partir dali passou um grande período sem qualquer contato com seus familiares. Chegando ao presídio ele resolveu ligar para a mãe, que foi ao seu encontro. Foi a primeira vez que Armando falou explicitamente para ela que “estava mal das drogas”. A resposta de sua mãe foi a seguinte: “se tu quiser eu te coloco no tratamento”. Mas Armando, mais uma vez, escolhe não ingressar em um tratamento. Apesar de admitir que o uso de psicoativos estava sendo prejudicial para sua vida, preferiu tomar outro rumo. Depois de quatro meses preso foi libertado e, ao invés de ir para alguma instituição de tratamento, como sua mãe sugerira, preferiu retomar o relacionamento com uma companheira que havia conquistado no período vivendo nas ruas. Esta retomada os leva para outro estado do país, para o oeste do Paraná, perto da fronteira com o Paraguai. Sua companheira das ruas tinha família na região e ambos resolveram tentar a sorte na cidade de Marechal Cândido Rondon. Foram até lá por trechos, pegando carona, desde Porto Alegre. Com o apoio da família de sua companheira Armando conseguiu, inclusive, arrumar um trabalho na sua área de atuação (Controle de Qualidade) em um frigorífico da cidade. Mas ele próprio desmerece esse fato, dizendo o seguinte:

A cidade é pequena, né. Então tu tens os conhecidos. A minha sogra conhecia a guria que trabalhava nos Recursos Humanos. Daí precisava de alguém, daí deixei o currículo, daí ela olhou e me empregou. Mas na amizade, entendeu? Sabe como é cidade pequena (...) Então é uma cidade pequena, mas que todo mundo é empregado porque tem indústria forte lá. Tem bastante indústria ali. Então emprego não falta lá na cidade, pode ter certeza. Então eu trabalhei um pouco daí depois comecei a usar droga demais, né. Daí (...).

Assim, depois de um ano, pediu demissão do emprego no frigorífico e resolveu voltar para Porto Alegre:

Aí resolvi voltar pra Porto Alegre, tinha enchido o saco de lá. Aí vim pra ficar na rua. Larguei tudo. Peguei a rescisão, comprei as passagens e voltamos. Ela veio junto. Viemos para morar na rua de novo. Ela deixou a família lá porque queria ficar comigo. A gente queria usar drogas.

Segundo ele, nesta volta à cidade de Porto Alegre, ficaram usando muito *crack*, “loucos na rua”. Conseguiram dinheiro pedindo em semáforos e juntando latas de alumínio para venda em pontos de reciclagem. Mas em 2009 com o surto de Gripe A (H1N1) na região de Porto Alegre sua companheira morre. Após a morte dela, Armando ajuda a fundar um Movimento Social que visava incluir a população de rua dentro do programa governamental conhecido como Orçamento Participativo, cujo objetivo era ouvir os anseios da população para alocação de verbas públicas. Assim, em 2010 ele fez algumas viagens para Brasília e São Paulo financiadas pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, com o objetivo de debater com movimentos sociais dessas localidades a organização da população de rua e dos catadores de material reciclável.

Durante esse período Armando “deu um tempo nas drogas”. Procurou novamente um abrigo da Prefeitura de Porto Alegre e foi, pela primeira vez em sua vida, tratar do uso de psicoativos em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Mas, como ele próprio ressalta, foi tratar-se no CAPS simplesmente porque foi uma condição imposta pelo albergue. Para residir lá Armando deveria tratar da dependência química. E frequentou esse serviço ambulatorial financiando por recursos públicos durante um ano inteiro. Apesar de reconhecer que as idas ao CAPS o ajudaram a diminuir o uso de substâncias psicoativas, Armando faz uma série de críticas a este modelo de

atendimento, que vão desde a burocracia enfrentada para se conseguir um encaminhamento para o serviço (não é possível apenas chegar lá e ser atendido) até o próprio modelo de tratamento utilizado. Nas suas palavras:

Eu vejo que eles focam muito a questão da droga e da abstinência das drogas (...) Não que isso não seja importante, mas eles não tratam assim, o indivíduo (...) Porque essa doença da dependência química é uma doença social também, entendeu. De tu dar uma alternativa pra pessoa pra ela poder ter uma esperança de poder ser uma pessoa melhor. Quer ver, tanto que o Governo do Estado, se tu chegar pra eles e dizer, na Secretaria Estadual de Saúde ou qualquer instância municipal: ‘como que tá o tratamento nos CAPS?’. Eles vão te mostrar uma planilha e vão dizer: ‘nós estamos com 90% de adesão ao tratamento’. Pode até ser verdade isso aí. Mas quantos ‘estão de pé?’. Eu passava o dia todo no CAPS e a noite toda fumando pedra (...) Nesse um ano que eu frequentei o CAPS eu não evoluí muito. Eu ia três vezes por semana, segunda, quarta e sexta-feira. Às vezes fazia uso diário. Mas como eu tava morando no abrigo e tinha que chegar cedo, teve uma época que ficou melhor assim, tava só na redução de danos, né. Tava só usando maconha. Aí eu não tava fumando crack, mas chegava final de semana eu fumava. Quando eu recebia, quando o governo me pagava (...) Tinha uma Terapeuta Ocupacional, que dava uma atividade de Terapia Ocupacional, e aquilo não te dá um incentivo. Tu vai ali, faz aquele trabalho. Até te dá uma visão do mundo, mas assim, a gente tem que partir pra uma coisa mais prática (...) Mas tu sai dali e vai pra onde, vai fazer o quê? Vai conversar com quem? Se tiver uma dificuldade na rua vai falar com quem, vai ligar pra onde? Vai procurar quem? Vai procurar só no outro dia quando o CAPS abrir às 8:30 de novo? Aí tu fuma pedra a noite toda. Quando eu tava mais ou menos bem, tava melhorando, já tava um tempo limpo. E aí, vai voltar pra onde? Pro Posto de Saúde? Por que não dá uma continuidade? Por que, de repente, não ajuda a pessoa a encaminhar pra um curso, pra uma outra coisa, pra uma outra atividade? Entendeu? Esse é o problema das Políticas Públicas, tanto de Assistência Social quanto de Saúde (...) Como eu te falei, dá adesão ao tratamento. Mas pouco se preocupa com o indivíduo, com o que ele faz no resto. Fica lá o dia todo fazendo reunião. Tá, mas e daí? Ele vai trabalhar, vai estudar, vai fazer o que depois? Ou de noite? E o suporte? Ele tá encostado? A Previdência vai absorver? Bota o cara lá no CAPS e como ele vai se manter? Tá entendendo? Isso é difícil também.

Outro aspecto criticado por Armando dentro desses serviços ambulatoriais diz respeito ao uso de medicamentos psiquiátricos. Ele não criticou a utilização da

medicação como ferramenta terapêutica, pois ele mesmo diz ter se beneficiado das três substâncias que tomou por mais de um ano (Clorpromazina, Imipramina e Carbamazepina), mas a supervalorização desse expediente em detrimento de outras formas de cuidado, que ele próprio cita na passagem acima. Segundo Armando, é necessário mais do que apenas medicamentos psicotrópicos para que um dependente químico fique bem:

Remédio não resolve muito, ele tapa o sol com a peneira. No começo é bom, mas se tu não entras fundo assim, de querer te mudar, botar um propósito na tua vida. Acho que é isso. O que mais salva é tu botar um propósito na tua vida e cumprir aquele propósito. Aí tu te recuperas. Porque se tu não botares um propósito na tua vida, pode vir Jesus Cristo que não adianta.

Então durante um ano Armando participou do atendimento ambulatorial no CAPS. Exatamente durante o período de residência no albergue da Prefeitura de Porto Alegre. Em 2011 ele deixa o abrigo e volta para as ruas, fazendo exatamente o contrário do que hoje consegue ver como lógico, que é ter um planejamento, ter objetivos. Dentro dos projetos de movimento social para moradores de rua Armando tinha uma pequena renda, mas não guardou o dinheiro, tendo gastado tudo com substâncias psicoativas. Ele também não se planejou, pois o acordo que havia estabelecido com o albergue e com o governo que lhe pagava a bolsa-salário era residir por um ano no albergue. Quando terminou esse período, ele teve que voltar para as ruas mais uma vez. Mas a volta a esta situação marginal lhe despertou, finalmente, um desejo de melhora. Uma vontade de mudança. Segundo Armando, chegou o momento em que cansou do “marasmo da vida na rua”, não aguentava mais. Também já não sentia mais prazer no uso de *crack*:

Mas agora a droga ficou assim uma coisa tão banal, não te dá um barato. Só te dá uma angústia. Te dá essa angústia. Naquela época [começo de sua trajetória de uso] ela te dava um barato. Tu usava e sentia vontade de usar, naquela curtição. Mas não agora. Dava prazer. Agora não dá mais prazer. Pra mim não dá prazer, ela só dá angústia, assim aquela depressão. Se eu não usar fico deprimido. É isso que a droga dá agora

Além disso, não estava satisfeito com as amizades, estava cansado de apanhar da polícia e cansado de lutar pela melhora das condições das pessoas em situação de marginalidade social. Sua saúde também já não era boa, se viu emagrecendo muito.

Decidiu, então, que era hora de cuidar de si próprio. Procurou sua mãe e a assistente social da Prefeitura pedindo por uma internação para tratar do seu uso problemático de substâncias psicoativas. O que Armando conseguiu naquele momento foi uma vaga para a desintoxicação em uma unidade hospitalar. Mas o resultado ainda não era o esperado por ele:

De 21 dias eu fiquei 12. Foi horrível, horrível. Aí é cadeia. Porque tu ficas trancado (...) Era pra ficar 21, mas não aguentei. Porque é muito medicamento. Muito, muito! Demais! Bah! Acorda de manhã. Na verdade tu não é obrigado a levantar da cama, né. Tu pode ficar deitado o dia todo. Aí tem os horários dos remédios. Tu toma remédio de 6 a 8 vezes por dia. Tudo remédio forte, pra dormir a maioria. E fiquei lá 12 dias. Até tem umas atividades, mas tu não consegue. Tu fica lá de corpo presente, mas a tua mente não acompanha o raciocínio. Tu não consegue falar nada. Por causa que as pessoas tem aquele medo né, de que drogado é violento (...) Sobre o Hospital eu, na verdade, nem me lembro bem. Vamos dizer que tu tem uma dose assim, uma overdose de medicamento. Todo dia tu tá drogado. Tu não consegue. O ambiente é tranquilo. Tá todo mundo drogado, então é tranquilo. Não tem muito stress. O medicamento abaixa o teu nível de stress. Aí eu pedi pra sair. Não era compulsória minha internação, não era Judicial. Eu me internei e eu pedi pra sair. Minha mãe não gostou muito que eu saí. Mas eu disse pra ela que não tava gostando, que tava me sentindo mal, não conseguia comer, não conseguia nada.

A experiência de internação no hospital foi mais uma abordagem que falhou em cativar terapeuticamente Armando. Tanto que após pedir para sair do ambiente de internação voltou em seguida a usar sua substância psicoativa de preferência. Ingressou por mais um mês no albergue e passou o período usando *crack*. Depois desse mês ele procurou novamente a assistência social da Prefeitura de Porto Alegre. Desta vez lhe falaram sobre a comunidade terapêutica PACTO, que tem convênio com a Prefeitura de Porto Alegre. Fez uma avaliação com a Psicóloga e com a Assistente Social da instituição e conseguiu entrar por uma vaga social paga pelo município. Venceu seus próprios preconceitos e ingressou na instituição. A vontade de mudar sua situação em relação ao consumo de *crack* falou mais alto. Quando nos encontramos para esta entrevista ele estava há seis meses residindo na fazenda do PACTO, faltando ainda três meses para concluir seu programa terapêutico:

Olha, eu tinha um preconceito terrível sobre comunidade terapêutica. Eu achava que era uma colônia penal agrícola, todo mundo acha né. Tanto que por duas vezes não quis ir pra uma. Pensei que teria que trabalhar, ficar preso e tal. E depois eu vi que o negócio não era bem assim. Essa questão do “Trabalho, Oração e Disciplina”, como é trabalhado lá, que é o que vai te manter em pé, tem que trabalhar junto isso. Tem que ter um trabalho, seja qual for. Trabalho é uma ocupação, na verdade. Tem que te dedicar a algum coisa, pra não ficar no ócio. Ter uma oração, um contato com Deus da forma que tu acredita. Se tu acreditar que uma panela é Deus, tu vai rezar pra ele e vai dar certo as coisas. E a disciplina de fazer as coisas. Porque a gente que é dependente químico, quando a gente tá na ativa a gente fica totalmente indisciplinado pra tudo, até para usar drogas. Porque tu não tem hora pra usar droga, usa toda hora. Se tu for usar, como as pessoas falam, no ‘happy hour’, então tu está disciplinado. Agora se tu está indisciplinado tu sai pra almoçar e bebe. Chega de manhã e bebe. Então tu está indisciplinado até pra usar droga, entendeu? Tu não tem cuidado com nada. Tu não cuida da tua saúde, tu não cuida do teu corpo, tu não cuida das tuas coisas. Tanto faz como tanto fez. Se tem, tem; se não tem, tanto faz. Então tu tem que disciplinar isso aí. Manter as tuas coisas limpas, arrumadas. Isso tu aprende lá. Manter um horário dentro da tua vida. Programar dentro do teu dia o que tu vai fazer.

Armando aponta, então, para a questão da indisciplina como uma das principais consequências da dependência química. E a retomada da disciplina nas atividades cotidianas aparece para ele como um dos pilares do processo de recuperação nas comunidades terapêuticas. Não apenas a retomada da disciplina, mas também o estabelecimento de objetivos, de um “projeto de vida” a ser seguido:

Minha primeira meta é concluir meu tratamento. A segunda meta é fazer um estágio em uma CT lá em São Paulo. Como eu não tenho renda e lá a atividade é remunerada, diferente do Rio Grande do Sul que tu só ganha uma ajuda de custo pras passagens, aí pra mim não é vantajoso. Então eu decidi ir pra São Paulo. Mas eu tenho três meses ainda pra decidir, mas já estou vendo isso daí. Segundo, quando eu voltar de lá, que o contrato é de seis meses, de repente eu renovo ou não, vou estudar esses seis meses. O que é na minha cabeça: vou trabalhar esses seis meses e juntar o dinheiro pra me manter nos próximos seis meses só estudando pra passar no vestibular. Eu quero fazer Ciências Sociais. Aí eu vou me qualificar. E depois eu vou trabalhar. Se nesse meio tempo eu tiver que voltar pra minha profissão de Químico, eu estou há sete anos fora do

mercado, bastante tempo. Mas eu tenho contatos de pessoas, pra ligar, de repente eu consigo. Óbvio que eu não vou ganhar o que eu ganhava em 2000, é diferente. Vou ter que começar de novo. Eu estou sem Registro no Conselho. Teria que ver isso aí, se dá ou não dá. Tem que ter um “plano B”, vamos dizer assim. Mas minha meta é isso daí, fazer isso no próximo ano. E depois, o que eu plantar eu vou colher.

A configuração do dia-a-dia de atividades na comunidade terapêutica ajuda os internos a trabalharem sua disciplina, de acordo com Armando, já que todas as atividades são programadas e todo o trabalho que mantém o funcionamento do ambiente é realizado pelos próprios residentes/internos seguindo as diretrizes dos monitores que organizam as atividades. Há horários específicos para todas as atividades realizadas dentro da CT, inclusive para as atividades de lazer:

Dentro da Comunidade é assim: a gente acorda às 6 horas da manhã e 6:30 toma o café. Aí de manhã tem uma rotina normal, primeiro tu arruma tua cama, faz a tua higiene, arruma o quarto e arruma a casa. Até as seis e meia. Aí às 6:30 tem o café que vai até às 7 horas. Aí às 7 horas tem a primeira reunião que vai até as 8 horas, que é ou Reunião dos 12 Passos ou Reunião de Espiritualidade, onde a gente lê uma passagem da Bíblia e fala sobre o que entendeu daquilo ali. Independente de qualquer religião tu fala sobre aquilo ali. Aí depois tem o trabalho, a Laborterapia. Que é o trabalho de campo né. É horta, lidar com porco, com ordenha, é isso daí. E vai até as 11 horas. Às 11:15 bate o sino, a sirene, e acaba o trabalho e tu vai tomar chimarrão, ou ler, fazer alguma coisa que tu queiras fazer. Meio dia é o almoço, que vai até 12:45 mais ou menos. Aí depois tem a limpeza das casas e quem quiser descansar um pouquinho até 1:30, descansa. Depois de tarde tem mais uma reunião. E quarta troca, né, de manhã são as reuniões e de tarde o trabalho. É só um turno, não tem trabalho em dois turnos. Se tu trabalhas de manhã, não trabalha de tarde.

Além disso, Armando vê como importante o que ele chama de “seguimento” dado por esta instituição específica ao fim do período de tratamento dentro da comunidade terapêutica. Aqui ele está falando principalmente sobre o âmbito do trabalho para aqueles que cumprem os nove meses na CT. Seja um trabalho de monitoria na própria instituição, seja a indicação para algum cargo de trabalho de acordo com as capacidades do indivíduo em questão. Durante o período de residência na CT tanto os monitores quanto os profissionais de psicologia e assistência social vão

traçando um perfil de cada um dos internos, e ao fim do tratamento lhe apresentam algumas propostas que melhor se adequariam com este perfil. As relações que a própria instituição ou os profissionais e diretores que lá trabalham mantém propiciam grande parte dessas oportunidades.

7.5 Ítalo

Conheci Ítalo apenas durante o período de trabalho de campo na comunidade terapêutica PACTO. Ele foi um dos moradores da Casa de Triagem que os monitores da instituição me indicaram para participar do processo de entrevistas. Eu não tive contato com ele fora da ocasião em que conversamos na Casa de Triagem do PACTO. Ele estava, na época, preparando-se para residir na fazenda da instituição. Deveria se mudar para lá em poucos dias, sendo que aquela era a décima terceira intervenção terapêutica para uso problemático de substâncias psicoativas que ocorria em sua ainda curta trajetória de vida.

Quando nos conhecemos e conversamos Ítalo estava com apenas 19 anos de idade. Sua trajetória de dependente químico, pensando que esta começa com o primeiro diagnóstico e com a primeira intervenção terapêutica, teve início quando ele tinha 16 anos. Ou seja, em três anos ele sofre dezesseis intervenções. Quase a totalidade desses eventos ocorreu quando ele ainda não havia completado 18 anos. Isso pode ser explicado do ponto de vista legal, já que o fato de algum usuário de substâncias psicoativas ilegais ser menor de idade facilita a intervenção contra a própria vontade do indivíduo – internações involuntárias e compulsórias.

Ítalo nasceu na cidade de Torres, localizada no litoral norte do Rio Grande do Sul, tendo se mudado com seus pais para Porto Alegre quando tinha seis anos de idade. Pouco tempo depois da mudança para a capital do estado seu pai, que era jogador de futebol profissional, veio a falecer, e Ítalo foi criado por algum tempo pelo seu avô materno. Quando já tinha mais idade Ítalo ficou sabendo que seu pai morreu por ter tido envolvimento com o tráfico de substâncias psicoativas ilícitas. De acordo com seu relato, por ter tido bastante contato com o avô materno em termos de educação, convívio e criação, não sentia falta do pai. Mas pouco tempo depois seu avô também morre e ficam Ítalo e sua mãe morando com a avó materna dele. Isso até que a mãe de

Ítalo se envolva com outro homem e se mude para a casa dele com o filho. Este homem se tornou padrasto de Ítalo e lhe deu mais dois irmãos no decorrer do relacionamento com sua mãe. Sobre sua infância, a relação com seu pai biológico e depois com o padrasto, Ítalo me relatou o seguinte:

Eu não sentia falta dele [do pai], pra mim tanto faz como tanto fez. Fui mais criado pelo meu vô por parte de mãe. Foi quando meu vô faleceu também e minha mãe arrumou um namorado e foram morar juntos, né. Que hoje é meu padrasto, pai dos meus dois irmãos mais novos (...) [*Antes disso. E tua infância, tu estudou? Como era a relação com tua mãe, com os teus avós, era tranquilo?*] Era tranquilo. Deus o livre. Tava sempre na volta do meu vô. Estudava. Tinha uma vida normal, entendeu? Até conhecer a droga, que daí tudo mudou. Eu fiquei rebelde. Eu chamava o meu padrasto de pai, entendeu? Até eu começar a usar drogas.

Ítalo me disse que foi bem na escola até seus 15 anos e que começou a ter um baixo desempenho, chegando a reprovar um ano, quando se envolveu, na mesma época, com o uso de cocaína e com a criminalidade de forma mais intensa. Porque relação com a criminalidade ele mantinha desde muito jovem. Ele cresceu no bairro Restinga, na zona sul de Porto Alegre. Bairro que até hoje pode ser considerado periférico e que conta com “bocas de fumo” e agrupamentos criminosos, como outros locais da capital do Rio Grande do Sul. Fato é que Ítalo, quando ele e sua mãe mudaram para a casa da avó, passou a ser vizinho de uma “boca de fumo”, que ele relatou ainda funcionar no mesmo local na época em que nos conhecemos – sua avó continuava morando “em frente aos traficantes”. Ítalo deixou claro que desde muito novo, dado este contato cotidiano de contato com práticas criminais, se deslumbrou com este mundo. Além disso, vivia um ambiente doméstico permissivo, com sua mãe tentando compensar a perda do pai e ado avô de Ítalo lhe dando muita liberdade:

Minha mãe, pra suprir aquilo que eu não tinha mais pai, não tinha mais vô, era carente, me deixava sair, entendeu? Eu muito novo pedia pra sair de noite e dava (...) Saía, mentia pra minha mãe que ia jogar futebol. Ia na casa da minha tia e ficava na esquina, entendeu? Então foi aí que eu comecei a fumar cigarro, fumar maconha, beber (...) [Na verdade], álcool eu bebia já com a família. Meu vô era alcoólatra, bebia muito vinho. Bebia dentro de casa. Minha vó sempre foi contra mas eu já fumava bituquinha [de cigarro] escondido, bebia o último gole do copo

escondido. Sou de uma família grande, eram 12 filhos da minha vó. Então fim de semana ia todo mundo almoçar lá com a vó. Churrasco. Então tinha muito álcool e eu bebia. Queria ser que nem os grandes.

Além do contato com álcool no ambiente familiar permissivo, Ítalo relata ter começado a fumar cigarros de tabaco também cedo, com 12 anos de idade, pegando cigarros da sua mãe escondido. Fumava-os no recreio da escola. Sobre a sua fascinação e envolvimento com o “mundo do crime”, ainda com pouca idade, Ítalo relatou o seguinte:

Desde pequeno eu gostava de andar armado, com arminha de brinquedo. Só queria brincar com o filho do meu padrasto se fosse assim, de arma. Ele queria brincar de carrinho e eu de arma (...) Foi aí que eu te falei que o crime sempre me fascinou, sabe? Eu gostava de ver aquilo, pra mim era demais. Eu via os caras vendendo, andava com eles. Eu era aviãozinho deles. Desde pequeno: “o guri, leva essa coisa lá pra mim, tu ganha R\$ 10,00”. Antes de usar. E daí ficava na volta deles, eles fumando maconha e eu querendo fumar. Mas eles nunca deixavam eu fumar porque eu era muito novo. Isso a gente morava ali com a minha vó.

Ou seja, antes de usar qualquer substâncias psicoativa ilícita Ítalo já havia tido relação com o tráfico dessas substâncias, trabalhando como assistente de um dos grupos de traficantes da região da Restinga. Interessante de notar é que mesmo entre esses indivíduos considerados criminosos havia um tipo de comportamento ético, de cuidado, ao não deixar Ítalo, ainda com pouca idade, experimentar maconha. Pelo menos por algum tempo ele ainda permaneceu sem experimentar as substâncias ilícitas.

A mãe de Ítalo conheceu aquele que viria a ser seu padrasto nesse contexto, quando Ítalo e a mãe estavam morando na casa da avó materna dele no bairro Restinga. Algum tempo depois se mudaram os três – Ítalo, a mãe e o padrasto – para outra localidade dentro do mesmo bairro, o que permitiu ao jovem se afastar das redes criminosas de adultos em que estava inserido, ao menos por um tempo, e estabelecer novos círculos de relações sociais. Mas nesses novos círculos de amizade, ainda que formados por garotos da mesma idade que Ítalo – então com 13 anos –, o uso de armas e de maconha já eram prática corrente. Assim ele é introduzido ao uso de maconha e, em seguida, passa a dar menos valor para a escola. Novamente fica explícito o quanto Ítalo

conseguia dobrar sua mãe para manter desde muito cedo hábitos e comportamentos que ela mesma provavelmente reprovava se tivesse conhecimento ou se tivesse condições de agir de maneira diferente. Ele também conseguia, de certa forma, passar por cima das desconfianças de seu padrasto:

E minha mãe não sabia que eu usava (...) Eu estudava de manhã. Eu saía de manhã e voltava só umas 18hs pra casa. Minha mãe não sabia por onde eu andava, com quem eu andava, se eu tava bem, com frio, se eu comi. Mas tipo eu sempre me virei. Comia na casa dos amigos. Fumava maconha lá pelo meio dia e conseguia ficar drogado até às 18hs. Só ia pra casa quando tava bem dos olhos, que é o que aparenta né. Com o cigarro eu lavava as mãos, fazia todo um esquema. Mas minha mãe descobriu que eu fumava cigarro com uns 15, 16 anos. Que o cigarro dela sumia né. Porque ela fuma, daí sumia o isqueiro. Aí meu padrasto começou a ir mais a fundo. Como ele me criou e criou bem. Eu chegava em casa e enquanto eu tomava banho ele ia nos meus bolsos e começou a ver fumo de cigarro, porque eu botava cigarro solto. Foi quando ele começou a ver farelo de maconha. Uma vez ele achou e esfarelou na mesa, me chamou pra conversar e eu sempre neguei, falando que era de outras pessoas. Sempre tinha uma escapatória.

Um aspecto interessante é que apesar de seu padrasto ter encontrado farelo de maconha no bolso de Ítalo em uma oportunidade, quando ele tinha mais ou menos 14 anos, e ter confrontado Ítalo a respeito disso, este ainda conseguiu se desvencilhar da pressão paterna e o evento não trouxe nenhum desdobramento em sua vida. Situação mais impactante que o uso precoce de maconha de Ítalo foi o seu envolvimento com a criminalidade no bairro onde ele residia. Agora não mais apenas como “aviãozinho” de traficantes mais velhos, como ele fazia ainda criança, mas sendo ele mesmo, junto com um amigo, um “vendedor de maconha” a partir dos seus 15 anos de idade. Nessa mesma época Ítalo havia começado a namorar a filha de uma traficante de substâncias psicoativas ilícitas no bairro Restinga. O fato de ele estar vendendo maconha no mesmo bairro que a mãe de sua namorada, uma traficante conhecida na região, causou um tipo de constrangimento para ele, fazendo com que Ítalo ingressasse em um novo patamar no mundo do crime:

Aí eu já tava de cabeça no crime, entendeu? Desde os meus 15 anos já vendia droga. Daí eu comecei a namorar a filha de uma traficante da Restinga. E daí a gente vendia drogas e nesse lugar

onde a gente vendia, a mãe da minha namorada não queria que a gente vendesse lá. Porque era perto da onde ela vendia. Então os filhos dela tavam querendo pegar a gente. Daí a gente comprou essa arma (...) Essa arma aí eu e um amigo compramos por R\$ 200,00. Até hoje a gente não se fala mais porque esse negócio de gangue eu fui pra um lado e ele pra outro. Nós compramos a arma pra dar tiro, porque a gente tava no crime, sabe?

Ou seja, se antes ele estava envolvido de maneira mais sutil e indireta com a criminalidade, a partir do momento em que ele e seu amigo compram uma arma e começam a traficar maconha no bairro a situação muda de patamar. Além dessas atividades de tráfico de psicoativos ilícitos, Ítalo começou a se envolver com outras atividades criminais, como roubos e furtos. O mais interessante de ser notado, entretanto, é que no seu relato ele disse que “não roubava para usar drogas. Roubava para andar bem vestido, essas coisas. Roubava mais era roupa”. O que quer dizer que ele já estava envolvido em atividades de roubo antes de fazê-lo “para usar drogas”, como viria a ocorrer mais tarde em sua trajetória. Mas além desses roubos, digamos, mais leves, que não implicaram em nenhuma punição ou desdobramento negativo na vida de Ítalo, ele participa pouco tempo depois de um episódio de roubo frustrado que o leva ao encarceramento na Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (FASE/RS) por oito meses⁶⁹. O mais interessante de notar é que apesar da característica anunciada desta instituição ser *socioeducativa*, “contemplando aspectos pedagógicos e terapêuticos”, Ítalo chama sua experiência naquele local de *prisional*. Outra aproximação desta instituição para menores de idade com o sistema prisional brasileiro, comprovada pela experiência de Ítalo, diz respeito ao livre acesso às substâncias psicoativas ilícitas, tanto que ele inicia o uso de cocaína durante o período que passou lá:

Daí foi a primeira vez que eu fui preso. Fui preso na FASE por um roubo. Fui roubar lá em Viamão. Não conhecia nada lá. Eu e

⁶⁹ A Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (FASE/RS) “foi criada a partir da Lei Estadual nº 11.800, de 28 de maio de 2002 e do Decreto Estadual nº 41.664 – Estatuto Social, de 6 de junho de 2002, consolidando o processo de reordenamento institucional iniciado com o advento do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069/90), o qual também provocou o fim da antiga Fundação do Bem-Estar do Menor – Febem (...). [FASE/RS] é o órgão responsável pela execução das medidas sócio-educativas de internação e de semiliberdade, aplicadas judicialmente aos adolescentes que cometem ato infracional (...). Todo o atendimento prestado na Fundação é norteado pelo Programa de Execução de Medidas Sócio-educativas de Internação e Semiliberdade - PEMSEIS, que tem como eixo principal o Plano Individual de Atendimento. A garantia aos direitos individuais e coletivos é o pressuposto básico da intervenção técnica e administrativa, contemplando aspectos pedagógicos e terapêuticos no atendimento aos adolescentes”. Disponível em: < <http://www.fase.rs.gov.br/quemSomos.php>>. Acessado em 01 jun. 2014.

mais um cara e daí nós fomos roubar essa casa de um idoso e na saída era pra uma Kombi esperar nós. Mas a Kombi viu a polícia e fugiu. E nós ficamos dando volta e caiu na frente da casa que a gente roubou. Daí eu fui preso (...) Eu fiquei oito meses na FASE e saí. Comecei o uso intensivo de cocaína, com 16 anos. Até então só fumava maconha, não conhecia cocaína ainda. Conheci a cocaína na FASE, lá dentro. Os guris falavam: “cheira que é bom”. E eu via um monte de gente cheirar, como eu via um monte de gente fumando maconha. Fiquei curioso e acabei cheirando. Cheirei uma vez na FASE, saí pra rua. Como ela [mãe da namorada] vendia né, então eu falei com esses amigos meus que ajudaram a comprar a arma e falei “vamos cheirar uma cocaína, é tri bom”. E daí começamos o uso, todos nós três juntos, Bruno, Alisson e Ítalo. Usando cocaína todo final de semana.

Sobre como essa experiência *prisional* repercutiu junto à sua família, Ítalo relatou que mesmo assim sempre teve o apoio de sua mãe e de sua avó:

A minha família sempre teve do meu lado, entendeu? Minha mãe nunca me deixou, nunca me desamparou. Qualquer situação ela sempre esteve comigo. Ela me falava: “o dia que tu cair preso eu não vou te ver”. Mas mãe é mãe, sabe. Acabou indo ela e minha vó de 75 anos, bem velhinha. Mas sempre esteve comigo também. Eu achava que ela não ia me ver. Quando eu vi ela foi um choque. Fui fazer minha mãe passar por isso, bah. Da delegacia ligaram pra ela, né, eu era menor.

Sua família, ao menos sua mãe e sua avó, ainda apoiavam Ítalo, mesmo ele tendo tido essa experiência criminal mais grave, com cumprimento de medida socioeducativa. Saindo da FASE Ítalo foi morar por um curto período de tempo com a sua namorada, filha da traficante da Restinga. Enquanto ele estava internado na instituição correcional toda a família da sua namorada havia sido presa. Mas a moradia com ela não durou muito tempo e Ítalo volta a morar com a mãe e com o padrasto, que reiteradamente falava para ele “não vai por esse lado, não é assim, vai estudar”. Ou seja, ainda havia uma preocupação, uma tentativa de cuidado com Ítalo, mesmo por parte de seu padrasto. Mas Ítalo relatou que nesta época já não queria mais estudar e nem ia mais para a escola. Estava envolvido cotidianamente com as atividades de venda de maconha em uma casa abandonada do bairro em que morava e, após a saída da FASE, passou a fazer uso de cocaína primeiramente aos fins de semana e depois diariamente.

Apesar de ter tido contato com usuários de crack, dado o contexto do bairro em que morava, onde “em qualquer esquina tu vê alguém fumando pedra”, Ítalo tinha uma visão sobre a substância e sobre seus usuários bastante negativa até então. Nunca havia passado pela sua cabeça sequer experimentar a substância. Ele reproduzia, inclusive, a ideia de “crack, nem pensar” e nem gostava de ficar perto de usuários da substância, que ele classificava como “zumbis” ou “mendigos”. Até o dia em que ele e mais um amigo vão para o ponto habitual no qual vendiam maconha e encontram outro amigo deles fumando crack. Este lhes oferece “um tapa”, mas ambos recusam em um primeiro momento. Mas bastou que Ítalo ficasse sozinho com o amigo que estava fumando crack para aceitar o convite e experimentar o crack. A partir deste episódio Ítalo relata que começou a fumar a substância uma vez por semana, de vez em quando, e continuou fumando maconha e inalando cocaína intensamente, todos os dias.

Dado o fato de que Ítalo viveu uma intensidade de eventos que podem ser considerados críticos em um curto período de tempo e com pouca idade, o seu relato em alguns momentos não ficou exatamente claro para mim, principalmente no sentido da sucessão temporal de alguns episódios. Mas o exercício realizado neste capítulo é apontar para os eventos mais significativos dentro de sua trajetória, eventos que demarquem a sua constituição enquanto *dependente químico*. Desta forma, ele relatou que após já estar fazendo uso de crack foi morar por um tempo com uma madrinha sua, e que neste período ficou “bem, não estava usando, não ia para os mesmos amigos”. Mas aí ele volta a morar com a mãe e retoma o uso de crack e das outras substâncias que fazia uso – maconha, cocaína, álcool. Foi apenas neste momento que a família de Ítalo descobre que ele está usando crack, fato que se desdobra na primeira intervenção terapêutica para uso de substâncias psicoativas e, pouco tempo depois, no segundo episódio interventivo. Nas palavras de Ítalo, ele me relatou o seguinte a respeito das duas experiências terapêuticas sucessivas:

Decidiram me internar pela primeira vez, numa clínica. A família resolveu me internar. [Senti] que estavam me deixando, tipo me trancando que nem bicho. Parti pra primeira internação e não aceitava aquilo. Tinha 16 anos. (...) [E foi uma situação] muito difícil. A minha primeira internação foi na Clínica Gramado. Eu não aceitava. Foi pelo SUS. Tive que ir no Postão da [Vila] Cruzeiro pra conseguir. Minha mãe falou que eu era usuário e tudo, que não me aguentava mais, contou toda a história. Eu tava junto na consulta. Conseguiram a vaga. Foi

uma consulta só. Até ali eu tava tranquilo. Mas quando eu vi que ia ser internado de verdade eu fiquei desesperado. Tentei manipular minha mãe chorando, dizendo “não me deixa, não faz isso comigo”. Aí ela chorando, mas deixou me levarem. Fui direto da consulta pra clínica, de ambulância. E foram os piores vinte dias da minha vida. Porque eu chorava, eu fui amarrado, tomei injeção por que eu tava agitado demais. Aí na primeira visita minha mãe tentando me explicar: “tu está doente, não adianta eu não posso te levar”. Aí eu saía, pedia pra levarem ela que eu não queria mais a visita. *[E o dia-a-dia da internação na clínica, como era?]* Tu come, bebe e dorme. O máximo que tu faz é jogar um futebol ali. As pessoas te tratam bem. Fazia acompanhamento com psicólogo, com psiquiatra, uma vez por semana eu acho. Conversavam com a gente. *[Mas se usava]* muito remédio. Muito remédio. Tu andava dopado o dia todo, entendeu. Por risco de fuga deixavam o cara dopado. É difícil até de jogar um futebol, que tinha um futebol na Clínica Gramado. Que é uma Clínica só pra menores de idade (...) Aí deu o tempo, saí. Não deu uma semana e me internaram de novo. Na saída *[da primeira internação]* já saí usando. Falei com a minha mãe: “ah, tou bem, vinte dias, bem gordinho, posso sair?”. Ela disse “pode, mas se cuida”. Eu falava “ah mãe, bem capaz, não quero mais droga”. Ia direto usar. Foi quando eu vendi as minhas coisas né. Cheguei em casa sem tênis. Antes não fazia isso. Aí me perguntaram se eu queria me internar. Eu conheci um atalho, né. Aí fui pra Clínica São José uma semana depois. Fomos de novo no Postão da Cruzeiro, procuramos outra vaga, minha mãe explicou toda a situação de novo e conseguiu. Pelo SUS, no mesmo dia... Todas minhas doze internações foram assim. Porque eu era menor de idade, então era mais fácil. Essa segunda internação foi mais fácil de suportar. Porque eu pensava “eu estou aqui porque eu quero, eu vou melhorar”. Não conhecia minha doença, não sabia que era uma doença. Pra mim em vinte e um dias eu ia estar curado, não ia usar mais drogas, entendeu? A diferença pra primeira é que eu aceitava a internação. Na primeira eu pensava que a minha família tinha me jogado ali. E todo mundo me dando força. Nesse sentido eu digo que foi mais fácil, eu aceitava a internação. *[E por que tu resolveu aceitar dessa vez?]* Porque também já estava ficando pequeno o meu espaço na vila. Tava aprontando, não tinha mais onde arrumar dinheiro. Já estava roubando dos outros na vila. Por causa do crack. Daí eu fui ver “vou me internar. A hora que minha mãe perguntar se eu quero eu vou aceitar”. Acabei aceitando. Fui pra lá e depois fui morar em Alvorada. De novo, *[na segunda internação, foi só]* comer, beber, dormir e remédio.

É possível de se fazer algumas suposições a partir desse trecho do relato de Ítalo. Suposições que são decorrentes do pressuposto da visão intervencionista da

abordagem em saúde para a dependência química. Como o próprio entrevistado deixou claro, ele tinha a visão de que sairia *curado* após a internação na clínica, o que remete a uma ideia de que o procedimento terapêutico é externo ao paciente, não depende em nada do próprio indivíduo. Outra suposição que pode ser feita diz respeito ao processo cíclico que as abordagens intervencionistas podem gerar no desenrolar das trajetórias de vida de indivíduos que desenvolvem problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Como o próprio jovem ressaltou, ele *aprendeu um caminho*, o da internação, da qual se valia ora para agradar a família, ora para se proteger de desavenças criadas na vizinhança, em nenhum momento para criar desdobramentos terapêuticos positivos para si próprio – nem no sentido de diminuir ou adequar suas práticas de uso a um patamar menos problemático em um sentido amplo, nem no sentido de praticar a abstinência total como medida extrema. Ao menos não no médio e longo prazo, já que quando saiu da segunda internação foi morar em Alvorada – município da região metropolitana de Porto Alegre – com uma tia, começou a trabalhar e passou três meses sem usar substâncias psicoativas ilícitas, já que relatou ter ingerido bebidas alcoólicas por diversas vezes.

Até o dia em que resolveu ir visitar sua mãe no bairro Restinga. Nesta ocasião ele pegou um dinheiro e ao invés de descer na parada de ônibus que dava acesso à casa de sua família, Ítalo desceu direto na parada da “boca de fumo”, segundo ele, “sem querer querendo”. Sua mãe estava lhe esperando, junto com outros familiares, mas ele apareceu apenas um dia depois, tendo gastado todo seu dinheiro e vendido suas roupas. Após este episódio deram a Ítalo a chance de voltar para a casa da tia em Alvorada e não ser internado novamente. Ele aceitou, mas ficou pouco tempo por lá. Acabou entrando em desavença com seu tio ao se intrometer em uma briga deste com o filho – primo de Ítalo. Depois da briga, Ítalo resolve voltar para a casa da mãe na Restinga. Ele volta, também, para velhos hábitos, com intensidade e consequências cada vez mais intensas:

Voltei pra Restinga e a usar droga direto. Aí foi intenso. Aí eu me joguei. Fiquei jogado na droga. Foi quando meu padrasto me falou: “quando tu fizer 18 anos tu vai embora. Não te quero mais dentro da minha casa”. Tava incomodando muito. Roubava tênis, roubava da minha mãe. Não podia deixar uma carteira sem ser escondida. Não podia deixar um celular em cima da mesa que eu pegava. Tava incomodando mesmo. Aí eu completei 18

anos. Fui embora e minha mãe alugou a frente da casa de um vizinho meu pra eu morar. Foi quando eu conheci essa minha ex-namorada, tava na ativa, tava usando drogas. Aí eu já tinha sido internado 12 vezes.

Dentre essas inúmeras internações a que foi submetido até os 18 anos de idade, Ítalo passou por uma fazenda (comunidade terapêutica), mas foi expulso depois de quatro meses por misturar uma planta alucinógena na bebida de um companheiro. Passou também por outras internações em clínicas pagas com recursos particulares e também via Sistema Único de Saúde. Depois esteve em mais outra comunidade terapêutica na qual permaneceu por cinco meses e, logo antes de ingressar na Casa de Triagem do PACTO, onde nos conhecemos, ainda passou por uma internação hospitalar em ala para dependentes químicos. Depois de cinco meses na comunidade terapêutica – penúltima intervenção –, quando chegou a época do Natal, com a visita de sua mãe, convenceu-a de que estava bem e poderia voltar pra casa. Saiu da fazenda e ficou morando por um tempo com a irmã de sua namorada, que inclusive havia lhe dado uma moto de presente. Conseguiu, desta vez, permanecer quatro meses sem usar psicoativos, trabalhando na construção civil durante a semana e fazendo tele-entregas de moto nos finais de semana. É interessante de notar o quanto as internações começaram a ser uma parte não problematizada do cotidiano da vida de Ítalo e também, ao mesmo tempo, o quanto essas intervenções não *mediavam* novos desdobramentos, não o tocavam de nenhuma maneira. Nas suas próprias palavras:

Da quinta internação pra cá virou uma coisa normal, sabe. Pra mim era normal estar lá dentro. Eu via os caras lamentando por estar internado, uns chorando. Eu falava: “Meu, por que tu tá chorando? Coisa mais normal estar aqui dentro”. Virou uma coisa normal. Foram doze internações em um curto período de tempo. A maior parte do tempo passei dentro de clínica. Passava o tempo na clínica, voltava limpo, bonitinho. Mostrava pros outros que estava bem e acabava me atolando de novo. [*Essas internações em clínicas e hospitais, chegou a passar por alguma situação ruim?*] Sempre foi tranquilo. Fora ser amarrado. Já fui várias vezes amarrado por briga. Porque tipo nem sempre tu se dá bem com todos, né. Sempre tem um que tu não se dá bem. Então de brigar e ser amarrado, tomar injeção. Injeção é forte. Só esse tipo de coisa. Outro tipo de coisa ruim não. [*Em alguma das internações te deram indicações para seguir após a alta?*] Sim, claro. Todas as internações tu ganha um encaminhamento pro CAPS. Eu nunca fui no CAPS. Eu

voltava pro mesmo mundo, entendeu? É a mesma coisa que não querer usar droga na boca de fumo. Eu fazia isso. Ia direto pra boca. Quando eu ainda morava com a minha mãe. Dizia que ia dar uma volta e acabava indo pra boca. E depois que eu deixei de morar com ela saía da internação e ia direto pra boca. Nunca fui no CAPS. Capaz. Mas a indicação era só ir no CAPS. Tanto que por isso eu nem conhecia o AA, NA. Fui conhecer na fazenda. Foi aí que eu ouvi falar a primeira vez, mas nunca frequentei na verdade. Eu nunca consegui ficar muito tempo “de pé” [abstêmio]. O máximo que eu consegui foi quatro meses, quando eu saí da última fazenda.

Como foi ressaltado logo acima, a fazenda havia sido a penúltima intervenção mais recente para Ítalo até o momento de nos encontramos para a realização da entrevista que ele me concedeu. Como ele próprio disse, após sair daquela fazenda conseguiu ficar em abstinência por quatro meses morando com a irmã da namorada. Quando o perguntei sobre o motivo dele ter conseguido relativamente se adequar a uma vida mais tranquila, fora da criminalidade, sem uso de psicoativos e trabalhando, o que ele me disse foi bem interessante, porque mostra que estava praticando um tipo de redução de danos, fazendo a substituição do crack por uma substância menos nociva:

Um pouco foi por causa dela, entendeu? Não saía, ficava mais em casa, trabalhando direitinho. Tava cansado daquela vida. Eu não fiquei “em pé”, porque eu fumava maconha, fumava todo dia. Uma coisa que eu não ia procurar o crack porque eu “ficava burro” de maconha. De certa forma me ajudava a não procurar o crack. Mas teve uma hora que não deu. Eu saí pra noite. Bebi, bebi, bebi. Deu 7 da manhã, foi todo mundo pra casa e eu fui pra boca. E fiquei. Fiquei dois dias sumido. Foi quando eu cheguei em casa e ela “ah, não dá mais certo”.

Esse episódio de retomada do consumo de crack fez com que Ítalo se separasse da namorada e saísse da casa da irmã dela, que era onde ele morava naquele período. Além de ter voltado a usar o crack Ítalo também roubou a irmã de sua namorada, “aprontou dentro da casa dela, vendeu roupas”, entre outras coisas. Saindo desse ambiente mais tranquilo Ítalo resolve voltar para as ruas. Ele volta a morar e trabalhar em outra boca de fumo do bairro Restinga. De acordo com seu relato, “trabalhava lá para poder usar”. E a partir dali ocorrem eventos na vida de Ítalo que ele considerou, no momento em que conversei com ele, cruciais para que ele tivesse uma nova visão sobre sua vida e sua condição de usuário problemático de psicoativos. Primeiro ele sofreu um

atentado na frente da casa de sua avó – a que mora na frente de um ponto de traficantes – e levou cinco tiros, mas sobreviveu.

Trabalhava pra eles e o dinheiro que eu ganhava eu usava tudo de drogas. Foi quando aconteceu isso daí e eu me vi numa cama de hospital. Tem um tiro que ficou a um dedo da minha espinha. Tenho duas alojadas no corpo ainda, a da espinha e a do quadril. Mas foi quando eu me acordei e não sabia o que tava acontecendo. Aí começou a vir uns flashes na cabeça. Eu tentava me mexer e não conseguia. Daí foi quando eu comecei a sentir dor, passou a anestesia. A enfermeira veio e conversou comigo, disse “ah, tu tomou uns tiros, tu lembra? Tomou 5 tiros”. Quando eu vi a minha mãe, o que eu pedi pra ela? “Mãe, quando eu sair daqui eu quero ir pra uma fazenda”. Mas eu saí do hospital e tinha que ficar 15 dias de repouso em casa. Eu fiquei 1 dia e voltei pra boca. Todo baleado. Que nem uma múmia assim, todo enfaixado. Não conseguia nem andar direito. Fui pra boca. Fiquei um mês na boca trabalhando. Mas não tava usando porque ninguém queria me dar droga pra usar. Então eu tava só adquirindo dinheiro.

Mesmo tendo levado cinco tiros e sobrevivido praticamente por milagre, Ítalo tentou voltar a consumir crack um dia depois de sair do hospital para se recuperar dos ferimentos de bala. Novamente, como havia ocorrido quando ele ainda era uma criança e tentava suas primeiras aproximações com o mundo do tráfico de substâncias psicoativas ilícitas, os próprios traficantes não quiseram fornecer a Ítalo o que ele queria. Não se pode ignorar que se tratou de um tipo de *cuidado* para com ele. Mas nem o evento traumático e que quase lhe custou a vida fez com que Ítalo aceitasse ou quisesse realmente se tratar, cuidar de si mesmo no que diz respeito ao uso de substâncias psicoativas. Uso que há algum tempo, inegavelmente, estava lhe trazendo mais problemas do que prazeres. Para que Ítalo chegasse à instituição PACTO, que foi onde eu o conheci, e aceitando o tratamento, foi necessário mais um evento que confrontasse seu estilo de vida, suas práticas cotidianas. No contexto depois de sair do hospital por causa dos tiros, tendo ele voltado a trabalhar em uma “boca de fumo”, foi pego pela polícia com uma pequena quantidade de substâncias psicoativas ilícitas, mas não foi preso:

Nunca tinha sido pego. Ele [o policial] me levou até a delegacia. Eu tava com três petecas de R\$ 10,00 e uma de R\$ 15,00, de cocaína. E mais dinheiro, R\$ 70,00. Eu aleguei que era usuário.

Eles fazendo pressão, dizendo “fala que tu tá vendendo”. E eu insistia “não, sou usuário, sou usuário”. Eu fiquei do meio dia até às 18hs na delegacia. Quando chegou 18hs o cara chegou e falou: “tu é usuário, então faz assim. Procura uma ajuda. Vai procurar uma internação, um negócio”. Fiquei esse tempo na sala de espera. Daí ali eu ia conversando com o escrivão, ele escrevendo. Eu contando pra ele que era usuário desde os meus 15 anos, que eu já tentei várias vezes parar. Eu manipulei a polícia, entendeu. Falaram pra eu procurar uma ajuda. Saí de lá e fui pra casa da minha mãe procurar uma ajuda mesmo. Só assinei uns papéis mas nunca me chamaram pra nada. Porque depois de sair de lá eu fui pra internação e da internação eu vim pra cá. Foi bem recente. E eu tomei tiro faz dois meses.

Foram necessários, na própria leitura de Ítalo, todos esses episódios traumáticos e violentos para que ele se desse conta de que necessitava de algum tipo de ajuda, de que sozinho ele não conseguiria atingir as mudanças necessárias para viver uma vida mais tranquila. Um amigo seu, logo que ele foi liberado pela polícia, lhe deu a dica, ajudando Ítalo a entender toda a dramaticidade de sua história de vida:

Foi quando um amigo que tava comigo me falou. Amigo de ativa, nós vendíamos droga juntos: “Bah Ítalo, larga dessa vida. Tu não foi preso, não te mataram. Larga de mão, meu”. Foi quando eu parei pra pensar né. “Bah, é verdade. Deus não me tirou a vida, não me prendeu, tá me dando mais uma chance”. Cheguei na minha mãe e pedi “não dá pra tu me ajudar?” E ela: “Mas como que tu estás? Tu saiu daqui e ninguém sabe pra onde tu foi, se estava bem”. Ela perguntou: “Quer te ajudar?”. Eu falei “quero”. Ela disse “Mais uma vez vou te ajudar”. Foi quando ela me levou pro Vila Nova. Mas ela tava com medo que quando saísse de lá não conseguisse a fazenda. Porque eu ia sair pra rua e ia usar droga. Antes de vir pra fazenda. Então ela me mandou pra um tio meu em Alvorada. Fiquei sexta, sábado e domingo. E depois eu vim pra cá (...) Sinceramente, eu tinha que passar por isso. Eu tinha que tomar o tiro... Passar por isso aí, cair na real, de que essa vida não é pra mim. Porque eu tive doze internações e nunca dava certo. Sempre acabava trocando os pés pelas mãos.

Antes de tratar do último evento de intervenção terapêutica pelo qual Ítalo passou, que iniciou com a sua chegada à instituição PACTO, chamo atenção para um momento de nossa conversa na qual ele faz uma interessante distinção entre suas experiências anteriores em clínicas e comunidade terapêutica daquilo que estava vivendo há poucos dias no PACTO:

Nas clínicas eles não te explicam sobre a tua doença, não te explicam nada. Tu só fica come, bebe, dorme, toma injeção e remédio. O psicólogo só te pergunta como que tu tá, como foi tua vida, não te explica nada. Aqui não, é tudo diferente. É tudo sobre a doença. Porque eles falam que parar de usar drogas todo mundo para. Tem que mudar é os defeitos de caráter. Como tu vivia. É o que ajuda. Pra mim tá sendo uma experiência... Diferente da outra fazenda. Aqui tem que ter muito mais disciplina (...) A outra fazenda era boa, bem estruturada. Era tipo igual essa daqui. Horário pra tudo. Horário pra comer, pra lavar roupa, pra trabalhar. Horário de lazer. É tudo bem disciplinado. Lá era bom. E por eu ser menor eu acho que foi o que me estragou de não ficar, entendeu? Aquele oba-oba da fazenda. Não procurava prestar atenção nas reuniões. Não tava comprometido, sinceramente estava lá por “forçada vontade”. Porque minha mãe queria. Eu queria dar um tempo e só. Mas nessa eu quero mudar de vida. É bem diferente. Eu acho que isso ajuda bastante. Tu tem que estar determinado pra ficar seis meses pedindo pra cagar, pra mijar (...) Aqui [na Casa de Triagem do PACTO] a gente tem reuniões, a gente estuda sobre a nossa doença, a gente limpa a casa, tem grupos de apoio. A gente tem psicólogo, psiquiatra, médico. Tipo tem tudo na tua volta te favorecendo. Aqui a gente não fica parado. Tem horário de lazer, de tomar um chimarrão. Tem horário de limpar, horário de comer, horário de reunião. A tua mente tá sempre ocupada, né. Nas clínicas, agora, eu estaria dormindo, entendeu? (...) Hoje pra mim tá sendo um “mar de rosas”. Eu tenho uma cama quente pra dormir, tenho uma comida pra comer. E estou com o propósito de me ajudar. Então está sendo bom (...). Dessa vez eu tô decidido que eu vou completar o tratamento. Tipo, eu não posso sair. É minha vida que tá em jogo, mais uma vez. Olha o que aconteceu doze vezes que eu fui internado. Treze com esta. Se eu sair no meio do caminho, vai acontecer a mesma coisa. A minha mãe me falou uma coisa que me marcou: “Tu tens que viver dentro de recuperação, viver dentro de fazenda, um estágio ou algo assim”. É o que eu penso hoje. Terminar meus nove meses e fazer um estágio dentro da comunidade terapêutica.

Finalmente, ao que parece, Ítalo estava compreendendo sua situação, de que o uso de substâncias psicoativas, principalmente de crack, o levava a comportamentos e atitudes que prejudicavam não só a si mesmo, mas também as pessoas ao seu redor. Os poucos dias em que estava morando na Casa de Triagem do PACTO estavam sendo bons para ele. Quando conversamos, Ítalo estava aguardando para se mudar para a fazenda da instituição PACTO, provavelmente dentro de uma semana. Ele estava apenas aguardando o resultado de um exame clínico que havia realizado. Apesar de ter

relatado que tinha companheiros legais na Casa de Triagem e que os monitores e estagiários do PACTO o tratavam bem, não deixou de expressar um sentimento ambíguo com a nova etapa do tratamento que o aguardava: “E estou tri ansioso. Estou com medo de conhecer coisas novas. Como vai ser lá? Vai ser difícil?”. O primeiro passo para uma boa relação com esse tipo de espaço terapêutico que demanda abstinência e cumprimento de regras e rotinas ele já havia dado, que era exatamente “estar aberto”, “querendo se tratar”, disposto a deixar que este evento terapêutico fosse um *intermediário* de uma nova etapa em sua vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Terminado agora o longo percurso por diferentes *assemblages* da dependência química e suas possibilidades terapêuticas no âmbito da cidade de Porto Alegre, que culminou com a apresentação das trajetórias de vida de indivíduos abordados durante processo terapêutico direcionado para a abstinência do uso de substâncias psicoativas, cabe no derradeiro capítulo desta tese fazer alguns apontamentos a título de conclusão. Trata-se de um capítulo conclusivo, mas que não apresenta necessariamente fechamentos. Pelo contrário, uma das conclusões mais primárias que pude alcançar com esta experiência de pesquisa antropológica está sendo reiteradamente exposta desde o início do presente texto: de que a dependência química deve ser interpretada como um processo que se desenrola no tempo e no espaço, muitas vezes a partir de associações com atores sociais institucionais e não institucionais múltiplos e heterogêneos.

Mais do que isso, acredito que seja essencial pensarmos na dependência química a partir do verbo *estar* – estou dependente químico – e não do verbo *ser* – sou dependente químico –, principalmente se estivermos pensando em estratégias de empoderamento político-social dos indivíduos que desenvolvem problemas associados ao uso de substâncias psicoativas. É bastante claro que algumas pessoas – uma pequena parcela do número global de usuário de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas – desenvolvem relações problemáticas com o mundo concreto, em maior ou menor grau, *intermediadas* ou *mediadas* pelo uso de substâncias psicoativas. Mas é bastante claro também, depois de se observar as trajetórias de alguns desses indivíduos como exemplo empírico, que esses problemas não são reflexo causal exclusivo do uso de substâncias psicoativas. É possível de afirmar, inclusive, que algumas vezes a *intervenção terapêutica* pode piorar uma condição que não era tão problemática. Tanto no sentido do que ocorreu com Caetano e Ítalo – experimentaram substâncias mais perigosas e potentes dentro de contextos de *cuidado* –, quanto no sentido de que as intervenções podem introjetar nos indivíduos e no seu entorno social-interativo uma interpretação essencialista da condição de dependente químico como doença incurável e que prejudica o caráter, a moral e o comportamento.

Em outras palavras, a conclusão deste trabalho, baseada em grande parte nas trajetórias de vida analisadas no capítulo sete, aponta exatamente para a valorização da *abertura*, não ao *fechamento* da noção de dependência química e de suas abordagens terapêuticas. O principal objetivo de privilegiar esse dado qualitativo, coletado em contexto de pesquisa etnográfica, se justificou pela constatação do constante silenciamento – desumanização, em alguns casos, como na campanha midiática “Crack, nem pensar”, objeto de análise no capítulo quatro – dos sujeitos dependentes químicos em processos de abordagem terapêutica baseada na abstinência. Faz parte da construção teórica e da encenação prática deste fenômeno patológico o silenciamento – e desumanização, em alguns casos – do indivíduo dependente químico. Não no sentido de que são praticados maus tratos contra eles – isto pode ocorrer, mas não tive qualquer indício deste fato nos locais em que realizei trabalho de campo –, ou de que sejam sujeitados submissamente nas abordagens terapêuticas, mas de que há uma demanda explícita ou implícita por engajamento subjetivo total que deixa pouco espaço para a expressão ontológica dos pacientes/clientes.

Os exemplos apresentados ao longo da primeira metade deste trabalho demonstram como existem processos políticos e sociais ancorados nas ciências biomédicas, legais, policiais, e no aparato midiático, que tendem a reforçar esses processos de estabelecimento de uma *alteridade patológica*. O indivíduo cujo uso de substâncias psicoativas se torna problemático em determinado momento, para ser acolhido e cuidado no contexto das abordagens terapêuticas voltadas para a abstinência, deve ser ou se tornar *doente* ontologicamente. A ausência de expressão ontológico-patológica de indivíduos na posição de pacientes/clientes é um indicador provável de não *mediação terapêutica*, no sentido latouriano, de transportes de significado que provocam transformação. Isto pensando exclusivamente no tipo de desdobramento idealmente projetado para essas intervenções, que é a própria abstinência do uso de substâncias psicoativas. A importância de ter levado em consideração a perspectiva experiencial dos pacientes/clientes é que além deles normalmente não possuem voz nos debates públicos e científicos sobre dependência química – quando o espaço é aberto podem apenas se expressar como *doentes* –, a maneira pela qual são performatizados terapeuticamente limita a sua atuação no mundo enquanto representantes políticos de si mesmos – trata-se de uma *alteridade patológica*.

Mas a metodologia antropológica e a busca pelo dado qualitativo permitiu acessar esses indivíduos – posicionados socialmente por outras práticas técnicas, científicas e terapêuticas em uma categoria de *alteridade patológica* – e performatizá-los *ontologicamente*. Tratei de espaços terapêuticos que acolhem indivíduos através da imposição de conceitos, colocando-os em uma posição de alteridade em relação à população em geral e, conseqüentemente, lhes delegando uma posição ou papel social de paciente/cliente – *doente*. Mais do que apontar para uma performance de patologia, trata-se da criação de uma *alteridade patológica*, de uma patologia que não apenas coloca em ação a diferença em termos científicos ou técnicos com fins terapêuticos, mas que contribui para a prática da *alteridade social-moral*.

Foi demonstrado ao longo dos capítulos desta tese que no âmbito das políticas públicas de atenção aos usuários de psicoativos no Brasil as terapêuticas voltadas para a abstinência estão se tornando, na prática, paulatinamente preponderantes, ainda que a redução de danos tenha se tornado o princípio norteador mais importante desse texto que data do ano de 2003. As apropriações políticas em torno da questão, principalmente em decorrência da constatação de uma suposta epidemia de consumo de crack exaustivamente anunciada pelas diferentes mídias de notícias nos últimos anos – com o apoio de setores de especialistas como biomédicos, psicólogos, gestores públicos, juristas, entre outros –, contribuíram bastante para esse recrudescimento da interpretação das políticas públicas no sentido de privilegiar as terapêuticas baseadas em abstinência do uso de substâncias psicoativas.

Para os indivíduos que ingressam em processos de dependência química nesses contextos terapêuticos, normalmente o cuidado é agenciado *de fora*, quando não imposto de fato, como ficou claro nas trajetórias de vida apresentadas no capítulo anterior. É mais comum o sujeito *ser acusado* de estar enfermo do que ele se dar conta e *assumir por conta própria* tal enfermidade. E isto implica em desdobramentos muito diferentes daqueles que ocorrem com sujeitos que buscam o cuidado enquanto cidadãos, enquanto consumidores, enquanto agentes racionais confrontados com um leque de opções terapêuticas diversas, institucionalizadas ou não – como se pretende com as práticas de redução de danos. No caso da dependência química a própria definição diagnóstica da enfermidade transita entre as esferas da acusação moral, do desarranjo orgânico, da transgressão legal. Resumidamente, fica a impressão de que as infinitas *assemblages* que expressariam empiricamente uma diversidade de nuances entre os

extremos binários da abstinência total e da dependência química fisiologicamente mais extrema possuem pouco espaço nas práticas de cuidado voltadas para a abstinência. Deve-se estar, sempre, de um lado ou de outro dessa relação binária.

O que deve ter ficado claro é que as abordagens terapêuticas baseadas em abstinência, sejam elas colocadas em prática por grupos de ajuda mútua, comunidades terapêuticas ou ambulatórios e hospitais biomédicos, não necessariamente levam a desdobramentos futuros totalmente previsíveis. Dentre as trajetórias apresentadas, vimos que Caetano começou a usar uma substância mais potente e desenvolveu mais problemas associados ao uso exatamente dentro de um ambiente terapêutico. Bernardo, por sua vez, ingressou na comunidade terapêutica através de uma intervenção judicial, como uma alternativa à prisão, e mesmo assim sua entrada naquele ambiente foi considerada *voluntária* pela direção da instituição. Ítalo, ainda antes dos dezoito anos de idade, esteve internado em clínicas para dependentes químicos mais de dez vezes, e essas intervenções, na leitura de sua família, tiveram a intenção de protegê-lo de possíveis perigos a que ele estaria exposto – brigas, ataques, prisões –, além de ser uma forma de a própria família *se livrar* do problema por um tempo. Na trajetória de Armando foi possível de observar que ele, mesmo frequentando um CAPS-ad por um ano, o fazia com outros objetivos, não o de *se tratar*. Já Leandro, monitor da comunidade terapêutica, além de se tratar da dependência química, ao se tornar um colaborador da própria comunidade terapêutica conseguiu dar uma grande guinada em sua vida, fazendo a ideia de *cuidado* ultrapassar a sua aplicação biopsicológica.

Retomando agora a ideia de *rede de atenção em saúde para usuários problemáticos de psicoativos e dependentes químicos* – prevista nas políticas públicas brasileiras -, formada por instituições públicas, privadas, filantrópicas, e contando com abordagens terapêuticas tão diversas quanto o atendimento ambulatorial, a internação hospitalar, as comunidades terapêuticas e os grupos de ajuda mútua, na prática os fluxos dentro desse sistema podem ser bem diferentes daqueles planejados em termos ideais e teóricos. O objetivo da presente tese foi demonstrar, através das vivências de pacientes/clientes de espaços terapêuticos para a dependência química, que a *rede de atenção* ideal não necessariamente é sistêmica na prática.

Ao se observar os deslocamentos desses indivíduos no tempo e no espaço, fica possível de perceber a formação de redes heterogêneas em cada um dos casos, das quais participam a família, o aparato jurídico-policial, traficantes de substâncias ilícitas, o

descobrimos de uma doença como HIV, um atentado contra a vida (ser alvejado por tiros). Existe uma infinidade de eventos e situações que podem direcionar alguém para um ou outro lado dentro de uma rede terapêutica, ou para a própria auto apreensão de uma relação problemática com substância(s) psicoativa(s). O exercício praticado no decorrer desta tese, principalmente quando são apresentadas as trajetórias de vida dos indivíduos entrevistados, é justamente transpor a ideia de rede de atenção do *plano ideal* apresentado nas políticas públicas, para o *plano concreto*, a partir das vivências desses indivíduos.

Como sugerem Bonet e Tavares (2007), quando recuperamos “a experiência envolvida nos processos de cuidado – na sua singularidade, contingencialidade e ação criadora de sentido – não precisamos reeditar falsas dicotomias decorrentes da opção pelas teorias da ação em contraste às teorias da estrutura” (Bonet; Tavares, 2007, p. 265). Ou seja, não se trata de pensar se os indivíduos são direcionados pelas estruturas sociais ou se escolhem livremente os processos de cuidado aos quais se submetem ou são submetidos, mas de atentar para as particularidades que emergem de cada trajetória. Não se tratou, no presente trabalho, de mostrar um *outro lado* da dependência química com as entrevistas sobre trajetórias de vida, em oposição àquele em que supostamente estariam as instituições, as leis e as disciplinas científicas. Mas em prestar atenção nas maneiras pelas quais esses *dois lados* hipotéticos da dependência química se conectam empiricamente. Atentar para os eventos concretos que ocorrem significa ver como uma categoria social – dependência química – é negociada, imposta, aceita, confrontada na prática. Em outro texto Tavares e Bonet (2008) fazem um excelente apanhado sobre esta ideia, de que a rede terapêutica, os indivíduos, e as próprias abordagens de cuidado se constituem na prática, e não necessariamente das maneiras idealizadas:

O conceito deleuziano de agenciamento pode constituir um caminho para novas possibilidades de compreensão do conceito de itinerário terapêutico, problematizando a noção de sujeito implicada nas abordagens fenomenológicas do conceito. Na medida em que interdita qualquer dualismo (como desejo e instituição, individual e coletivo), nos permite escapar de concepções voluntaristas e objetivistas: as expressividades e seus regimes de enunciação são atravessados por movimentos de territorialização (molares) e de desterritorialização (moleculares). Assim, os agenciamentos concretos (e o indivíduo se constitui num agenciamento) são necessariamente instáveis, já que processam em graus variáveis esses dois

movimentos, em que as "afecções" não são tomadas como "ruídos" desestabilizadores das ações, mas possibilidades de desterritorialização de agenciamentos estabilizados, redefinindo corpos e enunciados. Pensar os itinerários terapêuticos com base na ideia de agenciamento nos permite sair de preocupações comuns no âmbito das práticas em saúde que se manifestam na queixa dos profissionais de que "os usuários não entendem o sistema". Esse não "entender" está delimitando só uma via de compreensão das situações agenciadas: a do sistema. Pensar nos agenciamentos das práticas terapêuticas nos permite resgatar as multiplicidades envolvidas nos fluxos semióticos, materiais e sociais do devir-usuário que não pode se dissociar do devir-profissional, nem esses dois podem se dissociar do devir-sistema. Isto é, usuário, profissional e sistema se constituem nesse processo de agenciamento e não podemos prever por antecipação em quais planos eles vão constituir suas redes (Tavares; Bonet, 2008, p.193).

Se para um gestor de políticas públicas atentar para alguns momentos das histórias de vida apresentadas anteriormente poderia representar, hipoteticamente, exemplos de falhas individuais em se engajar com as intervenções terapêuticas, reforçando as noções generalistas que dizem que os dependentes químicos não possuem controle sobre o próprio comportamento e apresentam falhas de caráter, ao antropólogo resta perguntar: necessariamente o indivíduo que deve se adaptar ao sistema, por mais que este contenha e expresse *gaps* e até contradições, ou o sistema deve ser aberto e acolhedor a ponto de absorver e lidar com as contradições inerentes ao ser humano individual? O que pode ser sugerido é que mesmo dentro dessa concepção não sistêmica da rede de atenção cada um dos indivíduos entrevistados, vivenciando maiores ou menores dificuldades, trilhou e estabeleceu sua própria *rede de cuidado*.

A assimilação da noção de dependência química como um estado, que pode ser curado a partir de intervenções terapêuticas, pode desdobrar em trajetórias pautadas pelo binarismo de estados intoxicados e abstinentes intercalados. Como Bateson (2000) demonstra ao pensar nos Alcoólicos Anônimos e sua abordagem do alcoolismo como um sistema cibernético. Os próprios relatos dos entrevistados mostram como eles *aprendem um caminho*. Em alguns casos ficaram usando psicoativos alucinadamente por um tempo, e quando queriam “ganhar a confiança dos familiares de volta”, “ganhar uma roupas”, “ganhar um pouco de peso”, se sujeitavam ao tratamento. Os tratamentos nada produziam, não *mediavam terapêuticamente*, e se tornaram parte do cotidiano das trajetórias de vida dessas pessoas. A dependência química vai sendo marcada como uma

essência, algo que sempre estará ali com esses indivíduos, justamente a partir da repetição exaustiva de intervenções terapêuticas. Essa repetição passa a materializar a essência da dependência química no corpo-mente desses indivíduos. Bateson (2007a, 2007b) foi um autor que tentou sistematizar de alguma forma a dependência química enquanto uma *relação*:

(...) nós temos um A e temos um B. E se nós vamos falar sobre ‘adição’ [dependência] temos que realmente falar sobre esse sistema conjunto enquanto o sistema dentro do qual coisas totais [completas, inteiras] podem ocorrer. Há sempre essa armadilha na linguagem ao se falar como se existisse uma ‘coisa’ – Adição, Coragem, Covardia, Medo, Orgulho, todas essas coisas, como se elas existissem, sabem, *dentro* de um único indivíduo e pudessem ser descritas dentro de um indivíduo singular (...) são de fato características relacionais entre, normalmente, duas pessoas ou uma pessoa e um ambiente (Bateson, 2007, p.989).

Ou seja, a partir da leitura deste autor a dependência química só existe enquanto houver uma determinada *relação* – não necessariamente a relação indivíduo-substância, mas também indivíduo-meio social, ou mesmo outras. A dependência química se torna o resultado de processos – ou processos *per se*. Processos que são imanescentes em relações ou interações entre indivíduos ou partes de um indivíduo, ou entre indivíduos e ambiente. Entre duas *entidades*. O mesmo autor ainda diz o seguinte, sobre a noção de dependência química:

A sintaxe da adição [dependência]: a palavra *addiction* é normalmente usada como se fosse uma característica imanente em um organismo, e uma característica indesejável nele. E o meta-termo “propensão à adição” é similarmente contaminado por considerações de valor e por aquela epistemologia que iria isolar o suposto fenômeno dentro de um indivíduo. Devemos aceitar essas características como o produto final da decadência linguística e assumir que nossa pesquisa deve focar em outro lugar, nos processos os quais a adição, nesses termos, é um resultado (Bateson, 2007b, p.997)

Oksanen (2013) sistematizou algumas ideias de Deleuze em diálogo com a noção de dependência química, apontando no mesmo sentido de trabalhar esta noção

fora de interpretações essencialistas, mas enquanto fluxo. Uma passagem interessante deste diálogo é a seguinte:

A consequência prática das ideias de Deleuze é que o tratamento não deveria diminuir as possibilidades na vida. Melhor, deveria ativar diferentes possibilidades e assegurar um futuro aberto. Tal esforço em assegurar um futuro em aberto é, com certeza, relacionado à qualidade de vida. Sujeitos necessitariam de identidades suficientemente estáveis, mas não deveriam ser aterrorizados pela identidade de adicto (*uma vez adicto, sempre adicto*). Uma abordagem deleuziana colocaria mais ênfase no fato de que as pessoas mudam. Tal mudança normalmente inicia de situações e assemblages que modificam as interações cotidianas entre pessoas e coisas (Oksanen, 2013, p. 64).

Ou seja, dados os contextos nos quais o trabalho de campo para a presente tese se desenrolou, foi muito perceptível que várias pessoas conseguem produzir bons desdobramentos a partir dos contatos terapêuticos institucionais. Por outro lado, outros não conseguem exatamente por se tratarem de abordagens terapêuticas que não *contemplam a diferença*. Pelo contrário, produzem *alteridades patológicas* para *incluir iguais*. No presente trabalho se tentou perceber e relatar possíveis *gaps* nas trajetórias terapêuticas de indivíduos especificamente com o objetivo de procurar uma sintonia fina entre as diferentes *assemblages* da dependência química. Ou possíveis pistas para se pensar em como tornar esse *sistema ideal* – rede de atenção prevista nas políticas públicas – também *sistêmico na prática*. Em outras palavras, tratou-se de buscar as sobreposições produtivas entre essas diferentes práticas terapêuticas. A pesquisa antropológica em saúde se torna, assim, uma ferramenta política de refinamento da pesquisa clínica na busca por melhores resultados. Annemarie Mol (2006) diz o seguinte a respeito de como pesquisas sobre cuidado em saúde podem ajudar a melhorar os próprios procedimentos terapêuticos, e não necessariamente apenas confirmar acriticamente a eficácia dos mesmos:

Eu gostaria de sugerir isto: de que nem toda a pesquisa sobre cuidados em saúde deve ser estruturada como se precisasse convencer quem está de fora da qualidade do cuidado existente. A pesquisa pode também, ou ao menos, ser estruturada como uma forma de autorreflexão (...) Mais pode ser aprendido se nós tentarmos diferenciar, sutilmente ou em detalhes, entre o que está indo bem e o que poderia ser feito para melhorar (...) Eu

sugiro que deveria haver um gênero de pesquisa que busca contribuir com o trabalho clínico. O ponto de tal pesquisa não seria *provar* que tais práticas estão certas – ou erradas. A coisa mais interessante e apropriada a fazer é tentar contribuir para *melhorá-las* (...) Esta, então, poderia ser a nossa contribuição enquanto pesquisadores: que nós desvendássemos tensões, articulássemos essas tensões, e elencássemos elas em conjuntos de palavras que permitissem a elas viajar – de forma que possam ser mais amplamente refletidas (Mol, 2006, p.411-412).

Na presente tese procurei seguir este conselho de Mol, interpretando o próprio trabalho antropológico como uma ferramenta política, tal qual outras disciplinas científicas o fazem explícita ou implicitamente. A sugestão de Latour (2005) de se considerar os não-humanos como atores sociais plenos de capacidade de agência foi essencial para esta guinada, principalmente ao se pensar nas metáforas de *animalização* dos dependentes químicos apresentadas no capítulo quatro da tese. A pesquisa teve o intuito de pensar sobre as práticas de cuidado em saúde para dependentes químicos, mas não apenas a partir do trabalho de observação do pesquisador, e sim principalmente a partir do empoderamento, no sentido de dar voz, aos indivíduos que são normalmente silenciados nesses processos e que detém o conhecimento concreto do que é *estar dependente químico* – e o que é viver e se deslocar por um conjunto heterogêneo de práticas de cuidado previstas nas políticas públicas como um sistema ideal. Retomando a metáfora – no mínimo – infeliz do médico argentino que disse que os dependentes químicos se tornam *homens de neanderthal*, portanto não-humanos, Latour (2005) está aí para nos dizer que não-humanos também possuem agência. Mais do que isso, não se tratou, na presente pesquisa, de verificar se meus interlocutores eram *homens de neanderthal* de fato, mas de levar em consideração que mesmo se fosse este o caso, eles também estariam atuando no mundo e possuiriam capacidade para se *expressar ontologicamente*.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERLE, D. *The peyote religion among the Navaho*. Chicago: Aldine, 1966.

ADORNO, R. C. F. Uso de álcool e drogas e contextos sociais da violência. *SMAD. Revista eletrônica de saúde mental álcool e drogas*. v. 4, n. 1, Ribeirão Preto, Fev., 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762008000100002>. Acessado em 15 mai. 2014.

ADORNO, R. C. F.; RUI, T.; SILVA, S. L.; MALVASI, P. A.; VASCONCELLOS, M.P.; GOMES, B. R.; GODOI, T. C. Etnografia da cracolândia: notas sobre uma pesquisa em território urbano. *Saúde & Transformação Social*, v. 4, n. 2, p. 4-13, 2013.

ADORNO, T. *Crítica Cultural y Sociedad*. Barcelona: Ariel, 1970.

_____. A Indústria Cultural. In: COHN, G. (org.). *Comunicação e Indústria Cultural*. São Paulo: Nacional, 1977.

ADORNO, T.; HORKEIMER, M. A indústria cultural, o Iluminismo como mistificação das massas. In: *Os Pensadores*. São Paulo: Abril Cultural, 1975.

AHMED, S. H. Validation crisis in animal models of drug addiction: beyond non-disordered drug use toward drug addiction. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, v. 35, n. 2, p. 172-184, November 2010.

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v. 10, n. 20, p.299-316, jul/dez 2006.

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cad. Saúde Pública*, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, nov., 2009.

ALVES, V. S.; LIMA I. M. S. O. Atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Brasil: convergência entre a saúde pública e os direitos humanos. *Revista de Direito Sanitário*, v. 13, n. 3, p 9-32, nov. 2012/fev. 2013.

ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problema de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

AMARAL, B. P. *Redução de danos e utopias piratas: a participação de usuários de drogas na implantação de políticas públicas sobre drogas em Porto Alegre*. Trabalho de Conclusão. Graduação em Ciências Sociais. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2013.

American Psychiatric Association (APA). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. Porto Alegre: ARTMED, 2002.

ANDREATINI, R. A importância dos modelos animais em psiquiatria. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 24, n. 4, 2002.

ARAÚJO, R. B.; GIMENO, L. I. D.; MELLO, R. M.; RUSCHEL, E. B.; BENEVIDES, L. S.; NICHETTI, R. C. Repercussões do fechamento da Unidade de Desintoxicação do Hospital Psiquiátrico São Pedro. *Revista de Psiquiatria*, v. 25, n. 2, p. 346-352, mai./ago., 2003.

BACHELARD, G. *L'intuition de l'instant*. Paris: Denoel, 1965.

BARROS, D. M., SERAFIM, A. P. Parâmetros legais para a internação involuntária no Brasil. *Rev Psiq Clín*. v. 36, n. 4, p.175-7, 2009.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro, Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014. Disponível em: <<http://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Pesquisa%20Nacional%20obre%20o%20Uso%20de%20Crack.pdf>>. Acessado em 05 set. 2014.

BATESON, G. *Steps to an ecology of mind*. Chicago: The University of Chicago Press, 2000.

_____. Adaptation, acclimation, addiction, remedy, etc. *Kybernetes*. v. 36, n. 7/8, 2007a. Disponível em: <<http://www.emeraldinsight.com/doi/full/10.1108/03684920710777379>>. Acessado em 01 jun. 2014.

_____. Reflections on learning and addiction: porpoises and palm trees. *Kybernetes*. v. 36, n. 7/8, 2007b. Disponível em: <<http://www.emeraldinsight.com/doi/full/10.1108/03684920710777504>>. Acessado em 01 jun. 2014.

BEARD, K. W. Internet addiction: a review of current assessment techniques and potential assessment questions. *CyberPsychology & Behavior*, v. 8, n. 1, p. 7-14, February, 2005.

BEATTIE, M. *Para além da co-dependência*. Rio de Janeiro: Record, 2005.

_____. *Co-dependência nunca mais*. Rio de Janeiro: Nova Era, 2007.

BECKER, H. S. Becoming a Marijuana user. In: BECKER, H. *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. Nova Iorque: The Free Press, 1973.

BERLINER, D.; LEGAIN, L.; VAN DE PORT, M. Bruno Latour and the anthropology of the moderns. *Social Anthropology*. v. 21, n. 4, p. 435-447, 2013.

BEZARRA JR., B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis*. v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007.

BIEHL, J. Antropologia no campo da saúde global. *Horizontes Antropológicos*, v. 17, n. 35, p. 257-296, jan./jun. 2011

BLACK, D.W. Compulsive buying: a review. In: *Journal of Clinical Psychiatry*. v. 57, n. 8, p. 50-55, 1996.

BLANCO, C.; MOREYRA, P.; NUNES, E.V.; SÁIZ-RUIZ, J.; IBÁÑEZ, A. Pathological gambling: addiction or compulsión? *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, v. 6, n. 3, p. 167-176, 2001.

BLUME, S. B. Compulsive gambling and the medical model. *The Journal of Gambling Behavior*, v. 3, n.4, Winter, 1987.

BONET, O.; TAVARES, F. R. G. O cuidado como metáfora nas redes da prática terapêutica. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*. 2ª ed. ver. ampl. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326983.pdf>>. Acessado em 01 jun. 2014.

BRASIL. *Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas*. Brasília, Presidência da República, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2008. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/327912.pdf>>. Acessado em 05 mai. 2014.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Relatório Brasileiro sobre drogas*. DUARTE, P. C. A. V; STEMPLIUK, V. A.; BARROSO, L. P. – Brasília: SENAD, 2009. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/Semlogo/329773.pdf>>. Acessado em 01 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social*. – Brasília: SENAD, 2012.

BRIGGS, C. L.; HALLIN, D. C. Biocommunicability: The neoliberal subject and its contradictions in news coverage of health issues. *Social Text*. v. 25, n. 4, p.43-66, 2007.

_____. Health reporting as political reporting: Biocommunicability and the public sphere. *Journalism*. v. 11, n. 2, p. 149-165, 2010.

BRODIE, J. F.; REDFIELD, M. Introduction. In: BRODIE, J. F.; REDFIELD, M. [editors]. *High Anxieties: Cultural Studies in Addiction*. Berkeley: University of California Press, 2002.

CABRAL, A. L. L. V.; MARTINEZ-HEMÁEZ, A.; ANDRADE, E. I. G.; CHERCHIGLIA, M. L. Itinerários terapêuticos: o estado de arte da produção científica no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011.

CAMPOS, E. A. Contágio, doença e evitação em uma associação de ex-bebedores: o caso dos Alcoólicos Anônimos. *Rev. Antropol.*, v. 48, n. 1, p. 315-361, 2005.

_____. Porque os alcoólicos são anônimos? Anonimato e identidade no tratamento do alcoolismo. *Interface* (Botucatu), v. 13, n. 28, p. 19-30, 2009.

CANCRINI, M. G.; CARDELLA, F.; DE GREGORIO, F. R. Therapeutic Communities. *Journal of Drug Issues*, v. 24, n. 4, Fall, 1994.

CARDOSO, R. M. M. *Só por hoje: Um estudo sobre Narcóticos Anônimos, estigma social e sociedade contemporânea*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em História. Universidade Federal Fluminense. 2006.

CARLINI, E. A *et. al.* (supervisão). *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005*. São Paulo, CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas, UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2006.

CARNEIRO, H. Autonomia ou heteronomia nos estados alterados de consciência. In: LABATE, B. C.; GOULART, S.; FIORE, M.; MACRAE, E.; CARNEIRO, H. (orgs.). *Drogas e Culturas: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA, 2008.

CARVALHO, L. S.; NEGREIROS, F. A co-dependência na perspectiva de quem sofre. *Boletim de Psicologia*, v. LXI, n. 135, pp. 139-148, 2011.

CASTIEL, L. D.; ÁLVAREZ-DARDET, C. La salud persecutoria. *Revista de Saúde Pública*, v. 41, n. 3, p.461-466, 2007.

CHOU, C.; CONDRON, L.; BELLAND, J. C. A review of the research on internet addiction. *Educational Psychology Review*, v. 17, n. 4, p. 363-388, December, 2005.

COLLIER, S. J.; ONG, A. *Global Assemblages, Anthropological Problemas*. ONG, A.; COLLIER, S. J. *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*. Oxford: Blackwell Publishing, 2005.

CSORDAS, T.; KLEINMANN, A. The Therapeutic Process. In.: SARGENT, C.; JOHNSON, T. *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*. London: Westport Connecticut, 1996.

DAMAS, F. B. Comunidades Terapêuticas no Brasil: expansão, institucionalização e relevância social. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, v. 6, n. 1, p. 50-65, Florianópolis, jan./mar. 2013.

DIAS, M. S. de L.; CARDOSO, T. As práticas do psicólogo no CAPS e a aprendizagem grupal. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, v. 7, n.2, jul./dez. 2012.

DICKERSON, M. Gambling: the psychology of a non-drug compulsion. *Drug and Alcohol Review*, v. 9, n. 2, p. 187-199, 1990.

DU TOIT, B. M. *Drugs, Rituals and Altered States of Consciousness*. Rotterdam: A.A. Balkema, 1977.

DURKHEIM, E. *As Formas Elementares da Vida Religiosa*. São Paulo: Paulinas, 1989.

ECKERT, C. Questões em torno do uso de relatos e narrativas biográficas na experiência etnográfica. *Humanas*, v.19/20, n.12, p.21-44, 1997.

FACCIN, M. J. Zero Hora, a voz que une os gaúchos. In: *Anais do VII Encontro Nacional de História da Mídia*. Fortaleza, 2009. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/alcar/encontros-nacionais-1/7o-encontro-2009-1/Zero%20Hora-%20a%20voz%20que%20une%20os%20gauchos.pdf>>. Acessado em 01 jun. 2014.

FERNANDES, O. F. R. L. *Coca Light? Usos do corpo, rituais de consumo e carreiras de cheiradores de cocaína em São Paulo*. Tese de Doutorado. Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais. Universidade Federal da Bahia. 2007.

FIGLIARELLI, M. *Uso de drogas: substâncias, sujeitos e eventos*. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas. 2013.

FONTES, B. A. S. M. Redes Sociais e Saúde: Sobre a Formação de Redes de Apoio Social no Cotidiano de Portadores de Doença Mental. *Política e Trabalho: Revista de Ciências Sociais*, n. 26, pp.87-104, 2007.

FORTES, H. M. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, v. 10, n. 2, p.5321-5330, dez, 2010.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____. *A verdade e as formas jurídicas*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2009.

FRÓIS, C. O. A reinvenção do eu através do discurso: narrativa, estigma e anonimato nas Famílias Anônimas. *Mana*, v. 13, n. 1, pp. 63-84, 2007.

GARCIA, A. M. Alcoólicos Anônimos: conversão e abstinência terapêutica. *Antropolítica*, n. 15, 2o. semestre, p. 40-60, 2003.

_____. *E o verbo (re)fez o homem: estudo do processo de conversão do alcoólico ativo em alcoólico passivo*. Niteroi: Intertexto, 2004.

GARDNER, E. L. What we have learned about addiction from animal models of drug self-administration. *The American Journal on Addictions*. v. 9, n. 4, p. 285-313, Fall, 2000.

GEERTZ, C. Um Jogo Absorvente: Notas sobre a Briga de Galos Balinesa. In: *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Editora LTC, 1989.

GOFFMAN, E. *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar, 1975 [1963].

_____. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva, 2005.

GOLD, S. N.; HEFFNER, C. L. Sexual addiction: many conceptions, minimal data. *Clinical Psychology Review*. v. 18, n. 3, p. 367-381, 1998.

GRAZIANO, D. C.; NASCIMENTO, M. A. M. Análise da cobertura da mídia sobre a desocupação dos adictos na Cracolândia em São Paulo. In: MATOS, H. (org.). *Comunicação pública: interlocuções, interlocutores e perspectivas*. São Paulo: ECA/USP, 2013.

GRILLO, C. C.; POLICARPO, F.; VERÍSSIMO, M. A “dura” e o “desenrolo”: efeitos práticos da nova lei de drogas no Rio de Janeiro. *Rev. Sociol. Polít.*, v. 19, n. 40, p. 135-148, out. 2011.

GREEN, R. S.; RAU, J. H. Treatment of compulsive eating disturbances with anticonvulsant medication. *The American Journal of Psychiatry*. v. 131, n. 4, p.428-432, April, 1974.

GREENFIELD, D. N. Psychological characteristics of compulsive internet use: a preliminary analysis. *CyberPsychology & Behavior*. v. 2, n. 5, p 403-412, October, 1999.

GRIFFIN-SHELLEY, E. *Sex and love: addiction, treatment, and recovery*. Westport: Greenwood Publishing Group, 1997.

HART, C. *High Price: neuroscientist's journey of self-discovery that challenges everything you know about drugs and society*. New York City: Harper Collins, 2013.

HAMMERSLEY, R. Editorial: Theorizing normal drug use. *Addiction Research & Theory*, v. 13, n. 3, p. 201-203, June, 2005.

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 1, p. 297-305, 2009.

HOLT, C.; BATESON, G. Form and function of the Dance in Bali. In: BOAS, F. [editor]. *The function of dance in human Society*. New York: Dance Horizons, 1944.

HUMPHREYS, K. Community Narratives and Personal Stories in Alcoholics Anonymous. *J Community Psychol.*, v. 28, n. 5, p. 495-506, 2000.

HUNT, G.; BARKER, J. Drug treatment in contemporary Anthropology and Sociology. *European Addiction Research*, v. 5, pp.126-132, 1999.

ILICH, I. L'obsession de la santé parfaite. In: *Le Monde Diplomatique – Mensuel D'informations Internationales*. Mars, 1999. Disponível online: <<http://www.monde-diplomatique.fr/1999/03/ILLICH/2855>>. Acessado em 01 abr. 2014.

JANSSENS, M. J. P. A. *et al.* Pressure and coercion in the care for the addicted: ethical perspectives. *J Med Ethics*, n. 30, p.453-458, 2004.

KELLET, S.; BOLTON, J. V. Compulsive buying: a cognitive-behavioural model. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, v. 16, n. 2, p. 83-99, March/April, 2009.

KINDER, D. R. Communication and opinion. *Annual Review of Political Science*, v. 1, p. 167-197, 1998.

KNAUTH, D. As implicações éticas da pesquisa antropológica: uma reflexão a partir do caso da AIDS. In: VÍCTORA, C.; OLIVEN, R. G.; MACIEL, M. E.; ORO, A. P. *Antropologia e Ética: O debate atual no Brasil*. Niterói: EdUFF, 2004.

LABATE, B.; MACRAE, E. (org.). *Ayahuasca, ritual and religion in Brazil*. London: Equinox, 2010.

LABIGALINI, E.; RODRIGUES, L. B.; SILVEIRA, D. X. Therapeutic use of Cannabis by crack addicts in Brazil. *Journal of Psychoactive Drugs*, v. 31, n. 4, p. 451-455, 1999. Disponível em: <<http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02791072.1999.10471776#.VCTK7PldX4M>>. Acessado em 01 jun. 2014.

LARANJEIRA, R. *et al.* [org.]. *II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012*. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2014.

LATOUR, B. *Reassembling the Social: An introduction to Actor-Network-Theory*. Oxford University Press, New York, 2005.

LAW, J. *Making a Mess with Method*, published by the Centre for Science Studies, Lancaster University, Lancaster LA1 4YN, UK, 2003. Disponível em: <<http://www.comp.lancs.ac.uk/sociology/papers/Law-Making-a-Mess-with-Method.pdf>>. Acessado em 01 jun. 2014.

_____. *After Method: Mess in a Social Science Research*. London and New York: Routledge, 2004.

LAW, J.; RUPPERT, E.; SAVAGE, M. The double social life of methods. In: *CRESC Working Paper Series*. Working Paper No 95, Centre for Research on Socio-Cultural Change, The Open University, Manchester, 2011. Disponível online em: <<http://www.cresc.ac.uk/sites/default/files/The%20Double%20Social%20Life%20of%20Methods%20CRESC%20Working%20Paper%2095.pdf>>. Acessado em 26 fev. 2014.

LAW, J.; HASSARD, J. [editors]. *Actor Network Theory and After*. Oxford: Blackwell, 1999.

LEAL, O. F. *A leitura social da novela das oito*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 1983.

LEE, S.; MYSYK, A. The medicalization of compulsive buying. *Social Science & Medicine*, v. 58, n. 9, p. 1709-1718, May, 2004.

LEJOYEUX, M.; WEINSTEIN, A. Compulsive buying. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, v. 36, n. 5, p. 248-253, September, 2010.

LEON, G. D. *A comunidade terapêutica*. São Paulo: Loyola, 2003.

LESIEUR, H. R. Compulsive gambling. *Society*, v. 29, n. 4, p. 43-50, May-June, 1992.

LÉVI-STRAUSS, C. *Antropologia Estrutural*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003.

LOECK, J. F. *A relação entre estigma e adicção: etnografia de um grupo de Narcóticos Anônimos*. Trabalho de Conclusão. Graduação em Ciências Sociais. Centro de Ciências Humanas. Universidade Estadual de Londrina. 2006.

_____. *Adicção e Ajuda Mútua: Estudo Antropológico de Grupos de Narcóticos Anônimos na cidade de Porto Alegre (RS)*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2009.

_____. Uso de psicoativos enquanto hábito de sociabilidade: observações sobre as ruas da Cidade Baixa (Porto Alegre/RS). *Illuminuras* (Porto Alegre), v. 12, p.160-176, 2011.

MACHADO, A. R.; MIRANDA P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.14, n. 3, p. 801-821, jul-set, 2007.

MACHADO, L. P. *Do crack a Jesus: um estudo sobre carreiras de usuários de substâncias psicoativas em uma Comunidade Terapêutica religiosa*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal da Bahia. 2011.

MACRAE, E.; SIMÕES, J. A. *Rodas de fumo: O uso de maconha entre camadas médias urbanas*. Salvador. Salvador: EDUFBA, 2000.

MALINOWSKI, Bronislaw. Argonautas do Pacífico Ocidental. In: *Os Pensadores*. São Paulo: Abril Cultural, 1998 [1922].

MALLART, F. Salve geral: áreas urbanas, instituições prisionais e unidades de internação da Fundação CASA em comunicação. *Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar*, v.3, n.1, p.293-314, jan.-jun., 2011.

MARTINS, A. Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v. 8, n. 14, p.21-32, set.2003-fev.2004.

McQUAIL, D. Media roles in society. In: CARPENTIER, N.; PRUULMANN-VENGERFELDT, P.; NORDENSTRENG, K.; HARTMANN, M.; VIHALEMM, P.; CAMMAERTS, B. [editors]. *Researching Media, Democracy and Participation. The intellectual work of the 2006 European Media and Communication Doctoral Summer School*. TARTU University Press, 2006. Disponível online: [http://www.researchingcommunication.eu/reco_book1.pdf#page=47]. Acessado em 01 jun. 2014

MEYERHOFF, B. G. *Peyote hunt: the sacred journey of the Huichol Indians*. Ithaca: Cornell University Press, 1974.

MILLS, I. H.; PARK, G. R.; MANARA, A. R.; MERRIMAN, R. J. Treatment of compulsive behavior in eating disorders with intermittent ketamine infusions. *Q J Med.* v. 91, n. 7, p.493-503, 1998.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cadernos de Saúde Pública.* v. 14, n. 1, p. 35-42, jan.-mar., 1998.

MISSE, M. As ligações perigosas: mercado informal ilegal, narcotráfico e violência no Rio. *Contemporaneidade e Educação.* v. 1, n. 2, p. 93-116, 1997.

MOL, A. Ontological politics. A word and some questions. In: LAW, J.; HASSARD, J. [editors]. *Actor Network Theory and After*. Oxford : Blackwell, 1999.

_____. *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*. Durham: Duke University Press, 2002.

_____. Proving or Improving: On health research as a form of self-reflection. *Qualitative Health Research*, v. 16, n. 3, p. 405-414, mar. 2006. Disponível em: <<http://doc.utwente.nl/57658/1/Mol06proving.pdf>>. Acessado em 01 jun. 2014.

_____. *The logic of care. Health care and the limits of choice*. In: International Conferences – The Body and Catastrophes: Towards a New Utopia, 2011. Kyung Hee University. Disponível em: <http://gafc.khu.ac.kr/html_2013/scholarship/pdf/1_2/3.The%20Body%20and%20Culture.pdf>. Acessado em 01 jun. 2014.

MOORE, S. F. *Law as Process: An Anthropological Approach*. London: Routledge, 1978.

MORAES, L. M. P.; BRAGA, V. A. B.; SOUZA, A. M. A.; ORIÁ, M. O. B. Expressão da codependência em familiares de dependentes químicos. *REME – Revista Mineira de Enfermagem.* v. 13, n. 1, p. 34-42, 2009.

MOTA, L. A. *A dádiva da sobriedade: a ajuda mútua nos grupos de Alcoólicos Anônimos*. São Paulo: Paulus, 2004.

MÜLLER, C. P.; SCHUMANN, G. Drugs as instruments: A new framework for non-addictive psychoactive drug use. *Behavioral and Brain Sciences.* v. 34, n. 6, p. 293-310, 2011.

NARCÓTICOS ANÔNIMOS. *Texto Básico*. Chatsworth, NAWS, Inc. (tradução da quinta edição do livro *Narcotics Anonymous*), 1993.

NARDI, H. C.; RIGONI, R. Q. Mapeando programas de redução de danos da Região Metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 25, n. 2, p. 382-392, Rio de Janeiro, fev., 2009.

NORDENSTRENG, K. 'Four Theories of the Press' reconsidered. In: CARPENTIER, N.; PRUULMANN-VENGERFELDT, P.; NORDENSTRENG, K.; HARTMANN, M.; VIHALEMM, P.; CAMMAERTS, B. [editors]. *Researching Media, Democracy and Participation. The intellectual work of the 2006 European Media and Communication Doctoral Summer School*. TARTU University Press, 2006. Disponível online: [http://www.researchingcommunication.eu/reco_book1.pdf#page=47]

NOTO, A. R.; GALDURÓZ, J. C. F. O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 4, n. 1, p. 145-151, 1999.

O'BRIEN, C. P.; GARDNER, E. L. Critical assessment of how to study addiction and its treatment: Human and non-human animal models. *Pharmacology & Therapeutics*. v. 108, n. 1, p. 18-58, 2005.

OKSANEN, A. Deleuze and the Theory of Addiction. *Journal of Psychoactive Drugs*, v. 45, n. 1, p. 57-67, 2013.

OLIVEIRA, L. R. C. de. Pesquisa *em versus* Pesquisas *com* seres humanos. In: VÍCTORA, C.; OLIVEN, R. G.; MACIEL, M. E.; ORO, A. P. (orgs.) *Antropologia e Ética: O debate atual no Brasil*. Niterói, EdUFF, 2004.

OLMSTEAD, M. C. Animal models of drug addiction: Where do we go from here? *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*. v. 59, n. 4, p. 625-653, 2006.

Organização Mundial da Saúde (OMS). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10a Revisão*. 2a ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1995.

ORTH, A. P. S.; MORÉB, C. L. O. O. Funcionamento de famílias com membros dependentes de substâncias psicoativas. *Psicologia Argumento*. v. 26, n. 55, p. 293-303, 2008.

PAGE, J. B.; SINGER, M. *Comprehending Drug Use: ethnographic research at the social margins*. New Jersey: Rutgers University Press, 2010.

PAPADIMITROPOULOS, P. Psychedelic trance: ritual, belief and transcendental experience in modern raves. *Durham Anthropology Journal*. v. 16, n. 2, p. 67-74, 2009.

PARSONS, T. Illness and the role of the physician: a sociological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, v. 21, n. 3, pp.452-460, July, 1951.

PERLONGHER, N. *A produção do êxtase no circuito da droga*. Texto apresentado na XVI Reunião da ABA, 1988. (Mimeografado).

PERRONE, P. A. K. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 19, n. 2, p. 569-580, 2014.

PETUCO, D. R. S. *Entre imagens e palavras: O discurso de uma campanha de prevenção ao crack*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Educação. Centro de Educação. Universidade Federal da Paraíba. 2011.

PIMENTEL, J. Estudo da Fiocruz estima alcance do crack nas capitais brasileiras [Internet]. Rio de Janeiro, Portal DSS Brasil, 2013 Out 10. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/2013/10/estudo-da-fiocruz-estima-alcance-do-crack-nas-capitais-brasileiras/>>. Acessado em 01 jun. 2014.

POLICARPO, F. O usuário e a nova lei de drogas: apontamentos preliminares para a pesquisa. In: KANT DE LIMA, R.; EILBAUM, L.; PIRES, L. (Org.). *Conflitos, Direitos e Moralidades em Perspectiva Comparada*. Rio de Janeiro: Garamond, 2010.

PORTER, J. D. H. Epidemiological reflections of the contribution of anthropology to public health policy and practice. *Journal of Biosocial Science*, v. 38, n. 1, p.133-144, January, 2006.

QUADLAND, M. C. Compulsive sexual behavior: definition of a problem and an approach to treatment. *Journal of Sex & Marital Therapy*, v. 11, n. 2, p.121-132, 1985.

RAFALOVICH, A. Keep Coming Back! Narcotic Anonymous Narrative and recovering-addict identity. *Contemporary Drug Problems*, v. 26, n. 1, p. 131-157, Spring 1999.

RAUPP, L. M.; MILNITISKY-SAPIRO, C. A “reeducação” de adolescentes em uma Comunidade Terapêutica: o tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 24, n. 3, p. 361-368, 2008.

RAUPP, L.; ADORNO, R. C. F. Circuitos de uso de *crack* na região central de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 5, Maio, 2011.

RIBEIRO, T. M. A emergência da prevenção do uso de drogas na educação. *Rev. Contrapontos*, Itajaí, v.8, n.3, p. 353-366, set/dez 2008. Disponível em: <www.neip.info/html/objects/downloadblob.php?cod_blob=686, acesso em 27 mai. 2011>. Acessado em 01 jun. 2014.

RODNER, S. “I am not a drug abuser, I am a drug user”: A discourse analysis of 44 drug users’ construction of identity. *Addiction Research & Theory*, v. 13, n. 4, p.333-346, August, 2005.

RODRIGUES, T. Política de drogas e a lógica dos danos. *Revista Verve*, São Paulo, Nu-Sol/PUC-SP, n. 3, p. 257-277, 2003.

ROMANINI, M.; ROSO, A. Mídia e crack: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação? *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 32, n. 1, p. 82-97, 2012.

ROSE, N. The biology of culpability: pathological identities in a biological culture. *Theoretical Criminology*, v. 4, n. 1, p.5-34, 2000.

ROSECRANCE, J. Compulsive gambling and the medicalization of deviance. *Social Problems*, v. 32, n.3, February, 1985.

ROSENBERG, C. The tyranny of Diagnosis: Specific Entities and Individual Experiences. *Milbank Quarterly*, v. 80, n. 2, p. 237-260, 2002.

ROTHENBERG, A. Eating disorder as a modern obsessive-compulsive syndrome. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, v. 49, n. 1, p.45-53, feb., 1986.

RUI, T. A inconstância do tratamento: no interior de uma comunidade terapêutica. *Revista Dilemas - UFRJ*, n. 8, p.45-69, 2010.

_____. *Corpos Abjetos: etnografia em cenários de uso e comércio de crack*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), 2012.

_____. Depois da “Operação Sufoco”: sobre espetáculo policial, cobertura midiática e direitos na “cracolândia” paulistana. *Contemporânea – Revista de Sociologia da UFSCar*, v. 3, n. 2, p.287-310, 2013.

SABINO, N. M.; CAZENAVE, S. O. S. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para dependência de substâncias psicoativas. *Estudos de Psicologia I*, v. 22, n. 2, p. 157-174, abr./jun., 2005.

SANDA, L. O. A co-dependência. In: SERRA, S. M. (org). *Drogas e Álcool: prevenção e tratamento*. Campinas: Komedi, 2001.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 299-306, 2003.

_____. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. 3, p. 649-659, 2004.

SCHNEIDER, J. Experiências de ruptura de usuários de drogas. *Sociedade e Cultura*, v. 14, n. 2, p. 311-320, jul/dez, 2011.

SCHNEIDER, J. P. Sex addiction: controversy within mainstream addiction medicine, diagnosis based on the DSM-III-R, and physician case histories. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment & Prevention*, v. 1, n. 1, p. 19-44, 1994.

SCHUDSON, M. The news media as political institutions. *Annual Review of Political Science*, v. 5, p.149-269, 2002.

SEADI, S. M. S.; OLIVEIRA, M. S. A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: um estudo retrospectivo de seis anos. *Psicol Clin*, v. 21, n. 2, p. 363-378, 2009.

SIMMEL, G. *Sociologia*. São Paulo: Ática, 1983.

SINGER, M; CASTRO, A. Introduction. In: CASTRO, A.; SINGER [editors], M. *Unhealthy Health Policy*. Plymouth: Altamira Press, 2004

SOBRAL, C. A.; PEREIRA, P. C. A co-dependência dos familiares do dependente químico: revisão de literatura. *Revista Fafibe On-Line*, Ano V, n. 5, pp. 1-7, 2012. Disponível em: <http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/21/21112012211234.pdf>>. Acessado em 04 jun. 2014.

SODELLI, M. *Aproximando sentidos: formação de professores, educação, drogas e ações redutoras de vulnerabilidade*. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Educação (Psicologia da Educação). Faculdade de Psicologia. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2006.

_____. A prevenção em nova perspectiva: ações redutoras de vulnerabilidade ao uso nocivo de drogas. *Revista Portuguesa Internacional de Saúde Mental*, v. 9, n. 2, p. 3-58, 2007.

_____. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 15, n. 3, Rio de Janeiro, 2010.

STEFFEN, V. Life Stories and shared experience. *Soc Sci Med*, v. 45, n. 1, p. 99-111, 1997.

STENGERS, I. Drugs: Ethical Choice or Moral Consensus. In.: STENGERS, I. *Power and Invention: Situating Science*. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1997.

SUSSMAN, S. Love addiction: definition, etiology, treatment. *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment & Prevention*, v. 17, n. 1, p.31-45, 2010.

TADVALD, M. *Serenos, corajosos e sábios: a plataforma terapêutica dos Alcoólicos Anônimos e seus participantes através de um olhar antropológico*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2006.

TAVARES, F. R. G.; BONET, O. Itinerário Terapêutico e práticas avaliativas: algumas considerações. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (org.). *Atenção Básica e Integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde*. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde: Manguinhos*, v. 9, n. 1, pp. 25-59, Rio de Janeiro, jan./abr. 2002.

THIOLLENT, M. O processo de Entrevista. In: THIOLLENT, M. *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária*. São Paulo: Polis, 1980.

TIERNEY, J. Tracing addiction outside the brain. *The New York Times*, New York, 17 set. 2013, pág. D3. Disponível em: <http://www.nytimes.com/2013/09/17/science/the-rational-choices-of-crack-addicts.html?_r=1&adxnnl=1&adxnnlx=1384455812-7LMYIun515fH7XIXw/IhxQ&>. Acessado em 01 jun. 2014.

TROIS, J. F. M. *A cura pelo espelho: uma leitura antropológica do dispositivo terapêutico dos grupos de auto-ajuda de Neuróticos Anônimos*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 1998.

United Nations Office On Drugs And Crime (UNODC). *World Drug Report 2013*. United Nations publication, Sales No. E.13.XI.6, 2013.

VARGAS, E. V. Uso de drogas: a alteração como evento. *Revista de Antropologia*. São Paulo, v. 49, p. 581-623, 2006.

_____. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. In: LABATE, B. C., GOULART, S., FIORE, M., MACRAE, E., CARNEIRO, H. (orgs.). *Drogas e Culturas: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA, 2008.

VELHO, G. *Nobres e Anjos: Um estudo de tóxicos e hierarquia*. Rio de Janeiro: FGV, 1998.

VERÍSSIMO, M. A nova lei de drogas e seus dilemas: apontamentos para o estudo das formas de desigualdade presentes nos interstícios do ordenamento jurídico-penal brasileiro. *Civitas*, v. 10, n. 2, p. 330-344, Porto Alegre, maio/ago. 2010.

VIVEIROS DE CASTRO, E. Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo ameríndio. *Mana*, v. 2, n. 2, p.115-144, 1996.

WARDLE, J. Compulsive eating and dietary restraint. *British Journal of Clinical Psychology*, v. 26, n. 1, p. 47-55, February, 1987.

WEDEL, J. R.; SHORE, C.; FELDMAN, G.; LATHROP, S. Toward an Anthropology of Public Policy. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, v. 600, n. 30, 2005.

WEINSTEIN, A.; LEJOYEUX, M. Internet addiction or excessive internet use. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, v. 36, n. 5, p. 277-283, September, 2010.

WHYTE, S. R. Health identities and subjectivities: the ethnographic challenge. *Medical Anthropology Quarterly*, v. 23, n. 1, p.6-15, 2009.

WILLIAMS, S. J. Parsons revisited: from the sick role to ...? *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, v. 9, n. 2, p.123-144, 2005. Disponível em: <http://peer.ccsd.cnrs.fr/docs/00/57/14/10/PDF/PEER_stage2_10.1177%252F1363459305050582.pdf>. Acessado em 21 mar. 2014.

WILLIS, P. The Cultural Meaning of Drug Use. In: HALL, S.; JEFFERSON, T. [editors]. *Resistance through Rituals: Youth Subcultures in Post-War, Britain*. New York: Harper Collins, 1976.

WOLFE, J. L. Assessment and treatment of compulsive sex/love behavior. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, v. 18, n. 4, Winter, 2000.

WOLFFGRAMM, J.; GALLI, G.; THIMM, F.; HEYNE, A. Animal models of addiction: models for therapeutic strategies. *Journal of Neural Transmission*, v. 107, p. 649-668, 2000.

World Health Organization (WHO). *Global status report on alcohol and health*. WHO Press, 2011.

YOUNG, K. S. Cognitive behavior therapy with internet addicts: treatments outcomes and implications. *CyberPsychology & Behavior*, v. 10, n. 5, p. 671-679, October, 2007.

_____. Internet addiction: diagnosis and treatments considerations. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, v. 38, n. 4, p.241-246, December, 2009.

ZALUAR, A. A guerra sem fim em alguns bairros do Rio de Janeiro. *Ciência e Cultura*. v. 54, n. 1, São Paulo, jun./set., 2002.

ZALUAR, A. *Integração perversa: pobreza e tráfico de drogas*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

ZAMPIERI, M. A. J. *Codependencia: O transtorno e a intervenção em rede*. São Paulo: Agora, 2004.

ZANELLA, E. D. *Álcool e 'Drogas' nas práticas de um Centro de Pesquisa em Álcool e Drogas – etnografia de um coletivo de cientistas*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2014.

ANEXOS

Anexo A

Termo de consentimento livre e esclarecido

Dados de identificação

Título do Projeto: Itinerários terapêuticos e “carreira moral” de usuários problemáticos de psicoativos: etnografia multissituada em espaços terapêuticos para “dependentes químicos” em Porto Alegre (RS)

Pesquisador Responsável: Dra. Ondina Fachel Leal

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social (PPGAS) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Telefones para contato: (51) 3334-3306 - (51) 9956-6336

Auxiliar de Pesquisa: Jardel Fischer Loeck

R.G. 3.213.254-9 CPF: 042.253.639-37

Telefones para contato: (51) 3207-9466 – (51) 8145-6521

e-mail: jardelfischer@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Av. Paulo Gama, 110 – 7º andar – CEP 90046-900 – Porto Alegre -RS

Telefone para contato: (51) 3308-3629 – e-mail: pro-reitoria@propesq.ufrgs.br

O Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Itinerários terapêuticos e ‘carreira moral’ de usuários problemáticos de psicoativos: etnografia multissituada em espaços terapêuticos para ‘dependência química’ na cidade de Porto Alegre (RS)”, de responsabilidade do pesquisador Dra. Ondina Fachel Leal.

A presente proposta de pesquisa tem como tema processos de doença/terapia/saúde relacionados a práticas de uso de substâncias psicoativas na contemporaneidade. Partindo de noções amplas de “uso problemático de psicoativos” e de “terapêutica”, atenta-se especialmente para uma diversidade de usos da categoria médica “dependência química” e, neste universo, também, para as interconexões entre a esfera terapêutica e a jurídica na forma de lidar com as práticas de uso de psicoativos. O foco deste trabalho será as histórias de vida e itinerários terapêuticos de indivíduos que por motivos e em espaços diversos participam desses processos, que podem se basear em isolamento social, em uma transformação de valores pessoais, na mudança de práticas cotidianas e do círculo de relações sociais.

A pesquisa se justifica, em primeiro lugar, por seu recorte metodológico, que não procura contemplar o funcionamento de um tipo exclusivo de terapêutica, mas as implicações da circulação por uma rede de instituições que não necessariamente atuam de maneira convergente. Em segundo lugar, pensamos ser importante coletar trajetórias biográficas dentro deste contexto terapêutico para “dependência química” exatamente por vivermos um momento no qual vemos crescer os clamores sociais por intervenção judicial em se tratando de internações compulsórias ou permissibilidade para internações involuntárias de “dependentes químicos”, além do fato de que já existem práticas de direcionamento para instâncias terapêuticas como punição alternativa ao crime de posse de entorpecente ilegal.

Desta forma, nossos objetivos são:

- Descrever o funcionamento de diferentes espaços terapêuticos para “dependentes químicos” (ou de direcionamento terapêutico) da cidade de Porto Alegre: grupos de Narcóticos Anônimos (NA) e NARANON (familiares); ambulatório e atividades da Cruz Vermelha Brasileira – Filial Rio Grande do Sul (CVB-RS); ambulatório do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP); Programa de Auxílio Comunitário ao Toxicômano (PACTO).
- Coletar histórias de vida de pessoas frequentando estes diferentes espaços, atentando para seus itinerários terapêuticos e descrevendo o processo interacionista de negociação da identidade de “dependente químico” durante suas trajetórias de vida.

A metodologia empregada será a observação participante que consiste na participação do pesquisador em algumas atividades dos espaços selecionados. Além disso, serão utilizadas entrevistas não-diretivas e gravadas com “clientes” ou “pacientes” desses espaços, com o intuito de coletar histórias de vida de pessoas em situação terapêutica.

A participação na pesquisa é *voluntária* e o consentimento de participação pode ser retirado a qualquer momento do desenvolvimento da pesquisa. Além disso, os pesquisadores estarão sempre a disposição para sanar qualquer dúvida em relação aos procedimentos da pesquisa. A privacidade dos sujeitos de pesquisa será respeitada pelo anonimato e pelo compromisso ético com o sujeito nas descrições.

Eu, _____, RG n° _____, declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Porto Alegre, ____ de _____ de _____.

Assinatura

Anexo B

Roteiro de entrevista semiestruturada:

1. Trajetória biográfica

Local de nascimento; localidades onde morou durante a vida; contexto familiar na infância (irmãos? foi criado por quem?) e atual; amizades; formação religiosa; nível educacional dos familiares próximos; profissão dos familiares próximos; grau de instrução; trajetória profissional; relações afetivas; filhos; projetos futuros.

2. De “usuário” a “usuário problemático” de psicoativos

Educação familiar e escolar a respeito do uso de psicoativos em geral; primeira experiência de uso (substância lícita ou ilícita – qual substância?); motivos que levaram a começar o uso; repetição do uso (imediate, após um tempo?); uso de outras substâncias; percepção do estatuto legal da(s) substância(s) usada(s) (fez diferença ser legal ou ilegal?); mudança na rede de relações sociais; contextos de uso (quais ocasiões, com quem, em quais lugares?); uso explícito ou escondido de relações sociais próximas (família, amigos, trabalho); possíveis mudanças relacionais e de papel social a partir da publicitação das práticas de uso; qual situação que implicou na publicitação do uso; este momento por si implicou na atribuição de algum papel ou rótulo (“doente” ou de “transgressor”)?; depois deste primeiro momento, outras ocasiões em que esteve envolvido com problemas de qualquer natureza relacionados ao uso de psicoativos; alguma ocasião o levou a ter problemas policiais ou com a justiça?; quais problemas e que tipo de encaminhamento foi dado (punição, punição terapêutica?); quem identificou os problemas com uso de psicoativos (autoidentificação, família, justiça, médico); após a primeira associação com o uso problemático, houve mudança nos padrões de consumo?; houve reincidência com problemas de qualquer ordem?; quanto tempo se passa desde as primeiras identificações com o uso problemático e o direcionamento para algum tipo de terapia ou punição (instituição)?

3. Itinerário terapêutico

Qual a primeira situação terapêutica para uso problemático de psicoativos; procurou ajuda ou foi direcionado à ajuda?; que tipo de encaminhamento foi feito; qual instituição; qual modelo de tratamento; quanto tempo de tratamento; mudança nos padrões de consumo após tratamento?; a família foi incluída (incluiu-se) na abordagem terapêutica?; o que mudou nas relações sociais após a participação em programa terapêutico; passou a se enxergar ou ser visto como “doente”?; após a primeira participação, houve outras ocasiões?; quantas?; quais modelos; por quanto tempo; em qual ocasião passou a se enxergar ou ser visto como “doente”? quanto tempo passa hoje em procedimentos terapêuticos?